

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE N°

145

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

André-Eugène THOMAS

né le 27 décembre 1904, à Lodève (Hérault).

**Contribution à l'étude des limites
de certains délires alcooliques**

Président : H. CLAUDE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'état*)

PAR

André-Eugène THOMAS

né le 27 décembre 1904, à Lodève (Hérault).

**Contribution à l'étude des limites
de certains délires alcooliques**

Président : H. CLAUDE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

—
1933

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale. N...	Léon BINET.
Physiologie	STROHL.
Physique médicale	DESGREZ.
Chimie médicale	DEBRÉ.
Bactériologie	BRUMPT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BAUDOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CLERC.
Pathologie médicale	MARION.
Pathologie chirurgicale	ROUSSY.
Anatomie pathologique	CHAMPY.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	LOEPER.
Thérapeutique	TANON.
Hygiène et médecine préventive	BALTHAZARD.
Médecine légale	LAIGNEL-LAVASTINE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale et comparée	Maurice VILLARET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Clinique médicale	{ LEREBoullet.
	{ NOBECOURT.
	{ H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	{ GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-	{ LEMIERRE.
céphale	{ LENORMANT.
	{ CUNFO.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GRÉGOIRE.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	{ TERRIEN.
	{ LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
	{ J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	{ OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	{ LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ SERGENT.
Clinique propédeutique	{ Léon BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	{ MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
Professeur sans chaire	{ VERNE

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychi-	CHABROL Pathologie médicale.
atrie.	CHAILLEY-
AUBERTIN Pathologie médicale.	BERT Physiologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	CHEVALLIER . Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BRULÉ Pathologie médicale.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.	ECALLE Obstétrique.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	FEY Urologie.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
GASTINEL ...	Bactériologie.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DE GAUDART		OLIVIER	Anatomie.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	RICHET Fils ..	Physiologie.
HAZARD	Pharmacologie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	SEZARY	Dermatologie et syphi-
HUTINEL	Pathologie médicale.		liographie.
JOANNON	Hygiène.	TROISIERS	Pathologie expérimentale et comparée.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.	VALLERY.	
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.	RADOT(Pasteur)	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
LIAN	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
MONDOR	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
MOREAU	Pathologie chirurgicale.		
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.	RETTERER	Physique.
		ZIMMERN	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE. professeur sans chaire. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY : Stomatologie.
CHAILLEY-BERT. agrégé : Education physique.
LEDoux-LEBARD : Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152024_0056

A MES CHERS PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine
de Paris.

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-VALENSY

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

Qui s'est intéressé à notre étude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUBLINEAU

Chef de clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine
de Paris.

*Qui nous a guidé et conseillé au cours
de notre travail.*

A MES MAITRES

MM. le Professeur SERGENT,
le Professeur LEJARS (in memoriam),
le Docteur CHIFOLIAU,
le Professeur LEMIERRE,
le Docteur GRENET,
le Docteur HERSCHER,
le Professeur GOUGEROT,
le Professeur GUILLAIN,
le Docteur DEVRAIGNES,
le Professeur TEISSIER (in memoriam).
le Professeur TERRIEN,
le Professeur LEGUEU,
le Professeur CLAUDE,
le Professeur LEMAITRE.

1) INTRODUCTION

Nous avons été frappés par un grand nombre d'internements pour lesquels est porté le diagnostic de « délire alcoolique ». Connaissant l'importance de la consommation de l'alcool en France, ce fait n'est pas pour nous surprendre; nous estimons après bien d'autres que l'alcool n'y exerce que trop de ravages et que l'alcoolisme est une des grandes causes de l'aliénation mentale.

Ceci dit, dès le début, pour éviter toute interprétation fausse sur ce qui va suivre, un fait n'a pas manqué d'attirer notre attention. Lorsque, l'état d'excitation une fois apaisé, il est possible d'interroger les malades, il n'est pas rare de se heurter, en ce qui concerne leurs habitudes éthyliques à d'énergiques dénégations. Il est de règle, à juste titre, de ne pas se fier à ces protestations. C'est seulement par recoupements, après les renseignements de l'entourage que l'on peut se faire une idée de leur réalité. Or dans nombre de cas, rien ne permet de conclure à des habitudes alcooliques. Il nous a paru que le diagnostic d'éthylisme était quelquefois maintenu en dépit du résultat négatif de l'enquête, sur le seul fait que le délire observé présentait tous les caractères classiquement attribués au délire alcoolique.

Un tel comportement suppose deux pétitions de principe à savoir :

1) que l'on sait à quoi s'en tenir sur la définition de l'éthylisme.

2) que l'on peut, sur les seuls signes physiques et psychiques observés porter un diagnostic de psychose alcoolique.

Une critique rigoureuse des faits n'est pas nécessaire pour montrer qu'il est besoin d'en être toujours ainsi. Si l'on a pu croire possible, à un certain stade de définir exactement l'éthylisme et les psychoses éthyliques, dans une seconde étape, des faits ont été apportés, montrant, d'une part, l'importance du terrain dans le développement du délire alcoolique (quelle que soit sa forme) d'autre part, la fréquence des participations viscérales, hépatiques en particulier, dans l'éclosion des troubles mentaux. Cette dernière notion par voie de conséquence a conduit les auteurs à parler de psychoses *hépatiques* à l'exclusion de tout alcoolisme et par extension progressive, à décrire à propos des intoxications endo ou exogènes les plus diverses des troubles rappelant formellement le délire alcoolique, *malgré l'absence avérée du facteur alcool*.

Nous pensons que le moment est venu de faire le point de la question, et nous nous demandons si l'importance croissante de ces notions n'est pas suffisante pour attirer l'attention sur la trop grande extension que l'on semble donner à l'alcoolisme dans la pathogénie des délires. *En nous défendant énergiquement, nous le répétons, de diminuer la responsabilité de cette étiologie*, nous entendons qu'il serait bon de préciser dans quelles limites on est fondé à parler d'éthylisme. Devant le grand nombre de cas douteux pour lequel le diagnostic apparaît difficile

sinon impossible, nous voulons attirer l'attention sur l'intérêt qu'il y a de ne pas sacrifier à la notion de fréquence un diagnostic qui peut avoir, tant au point de vue personnel, qu'au point de vue social et en particulier médico-légal des conséquences de première importance.

A) *Limites de l'éthylisme.*

Eliminant les cas d'ivresse simple, et n'envisageant la question qu'en bloc et pour ainsi dire de haut, nous rappellerons que l'éthylisme englobe dans ses multiples modalités tous les faits d'intoxication par les boissons alcooliques.

Généralement les accidents s'observent d'une façon aiguë ou subaiguë sur un fonds d'éthylisme chronique, lui-même fonction dans la règle d'une intoxication *prolongée et répétée*. Mais cette prolongation appelle des réserves quand il s'agit d'en discuter les limites : cela, même pour les sujets dits : buveurs d'habitude qui s'intoxiquent peu mais longtemps et pour lesquels il n'est pas facile de définir si l'on se trouve en présence d'un alcoolique au sens classique du mot.

Ce problème est en effet rendu plus complexe par un certain nombre de notions.

1) C'est en premier lieu *la variété des alcools ingérés*; leurs concentrations diverses; nous ne rappellerons pas ici les notions acquises sur la toxicité des alcools en fonction de leur formule atomique ou de leur point d'ébullition (voir thèse d'Antheume).

Nous rappellerons également que l'on a essayé de dis-

criminer une symptomatologie variable avec la nature des alcools ingérés. Pratiquement cependant ce point ne nous retiendra pas : n'ayant en vue que les cas d'intoxication survenant chez des sujets de la région parisienne, il faut admettre que l'alcoolique s'intoxique avec des alcools de natures *diverses* dont les effets, s'ajoutent, à la longue dans l'organisme et ne permettent guère, sauf exception de faire le départ de telle ou telle cause d'intoxication dans le tableau clinique.

Nous précisons d'ailleurs que dans cette étude, nous n'aurons en vue que la clientèle d'*hôpital*, notion qui n'est pas sans intérêt, si l'on veut bien reconnaître l'extrême différence des symptômes entre l'alcoolisme des classes ouvrières et celui dit des gens du monde. Cette différence est probablement fonction, tant de la différence de terrain que des différences de toxique.

2) En second lieu intervient la question *des limites de la tolérance*. On sait combien ces limites sont variables, mais précisément peut être y a-t-il déjà un point faible, à la notion de l'alcoolisme nécessaire pour expliquer telle psychose d'allure toxique. On sait bien en effet où s'arrête à peu près la limite *supérieure* de la tolérance : deux, trois litres de vin seront par tout le monde considérés comme des quantités exagérées, mais où arrêterons-nous le seuil *inférieur* ? L'arrêterons-nous à un demi-litre, ou moins encore ? On a cru résoudre la question en posant en principe cette vérité qui, effectivement nous paraît d'évidence, que cette dose ne saurait être fixée parce que, dépendant ajoute-t-on de la susceptibilité individuelle. Certes ! mais quand commence cette susceptibilité ?

Poussons le problème à l'absurde et supposons que des tests déterminés, qui nous manquent actuellement permettent d'affirmer que le sujet est sensible à l'ingestion quotidienne de quelques centilitres de vin. — Dira-t-on qu'il s'agit d'un éthylique ? Ne devons-nous pas dire plutôt qu'il s'agit d'un sujet présentant une déficience viscérale, hépatique en particulier, et chez lequel, le facteur alcool agit seulement à titre d'appoint ?

On pourra objecter que beaucoup de ces sujets quand ils font des troubles mentaux se calment très rapidement après leur arrivée à l'Asile. D'où l'on conclut qu'ils guérissent par suppression des toxiques. Pour des troubles aigus ou subaigus, nous n'en disconvenons pas, encore qu'il faille observer que l'internement suffit à calmer souvent bien des bouffées délirantes sous la seule influence du repos au lit et d'une existence mieux disciplinée.

Pour ce qui est des manifestations chroniques, elles s'atténuent également, mais reparaîtront dès que le sujet sera sorti, non pas, toujours, parce que le sujet aura recommencé à boire, mais souvent et plus simplement parce que, replongé dans la vie sociale, désadapté par le séjour à l'Asile, il ne peut que retomber dans la psychose demeurée en lui, à l'état virtuel.

Au total, s'il est vrai, que chacun réagit aux alcools suivant son tempérament, il est difficile par cela même de préciser à partir de quelle date on peut être autorisé à parler de sujet éthylique.

Ainsi les notions de terrain sont prédominantes, ce qui, aujourd'hui doit rendre plus difficile l'application de l'épithète d'éthylique à une psychose déterminée. Il ar-

rive un moment où la part du terrain dans l'éclosion des troubles mentaux est de beaucoup supérieure à celui de « l'éthylisme » surajouté.

3) Même en admettant que la notion de tolérance permette de définir l'éthylisme d'une façon précise spéciale pour chaque individu, on peut se demander si, et dans quelle mesure, le sujet est plus spécialement sensible, des viscères ou du système nerveux ou des deux à la fois. L'éthylique avéré peut, en effet, rester un hépatique, de même qu'il peut être un mental avec participation du foie.

Est-ce une question de *perméabilité méningée* plus grande pour l'alcool chez certains sujets ? Pour cela nous disposons de notions très vagues qui auraient cependant une extrême importance en particulier au point de vue médico-légal. Seules des expériences physiologiques (telles que modifications de la chronaxie cérébrale, par exemple, sous l'influence de l'intoxication alcoolique) pouvaient nous donner une idée de l'ordre d'importance de ces faits, pour lesquels chez l'homme, nous ne pouvons encore qu'avec peine, entrevoir des possibilités d'application. Au total on peut dire que s'il est possible de donner de l'alcoolisme une définition courante, il est plus difficile d'en préciser scientifiquement les termes et les conditions d'apparition. Le problème est rendu plus complexe encore par la notion du terrain.

4) La question du fonds mental pour le développement de l'éthylisme est capitale. Elle est faite de deux éléments. C'est d'une part l'état constitutionnel (fréquence de l'éthylisme chez certains sujets qui auraient ainsi une

véritable propension à la toxicomanie (Damaye). Fréquence de l'éthylisme chez les débilés épileptiques). D'autre part, on connaît le rôle de certains traumatismes, non seulement dans l'éclosion du délire alcoolique, mais peut-être aussi dans la prédisposition ultérieure du délire alcoolique.

L'ensemble de ces faits rend encore plus floues les limites de l'éthylisme.

Au temps où la notion des bouffées délirantes était en faveur, la dégénérescence mentale était invoquée pour expliquer une partie de ces faits. Actuellement, les bouffées délirantes sont démembrées, seul le délire polymorphe (Claude, Targowla) est leur héritier direct, mais notablement réduit. Mais s'il est incontestable que l'alcoolisme joue un rôle dans la pathogénie de ces bouffées, il semble qu'on ait eu tendance dans ces dernières années à étiqueter éthylisme, ce que jadis on étiquetait bouffées délirantes. Tout au plus, peut-on admettre, ici encore, le rôle adjuvant de l'alcool (délires arrosés).

B) *Limite des psychoses alcooliques.*

Ce que nous avons dit à propos des limites de l'éthylisme rend compte de la difficulté; difficulté qu'il peut y avoir à délimiter une psychose éthylique. Ainsi que nous le verrons plus loin, un certain nombre de caractères sont assignés à l'éthylisme : habitus spécial du sujet, signes d'intoxication éthylique chroniques, antécédents hépatodigestifs.

De même, le délire alcoolique est décrit comme spé-

cialement triste avec des hallucinations surtout variables généralement terrifiantes.

On a insisté enfin sur la fréquence des états jaloux dans les délires alcooliques. En réalité, c'est une notion courante que d'une part, les alcooliques typiques reconnus peuvent ne pas présenter les signes ci-dessus mentionnés; d'autre part et c'est surtout sur ce point que nous insisterons dans ce travail, on trouve, dans d'autres états que l'alcoolisme, des signes considérés comme caractéristiques de ces derniers.

C) *Plan général.*

Ainsi se dessine le plan général de notre exposé.

Après avoir mentionné brièvement les auteurs qui ont mis en garde contre les excès d'un diagnostic inconsidéré d'éthylisme, nous préciserons très simplement les caractères essentiels des principaux délires alcooliques. Nous citerons ensuite un certain nombre d'observations se rapportant à des cas, aigus, subaigus ou chroniques. De ces observations, le plus grand nombre a été pris dans la littérature psychiatrique, les autres nous sont personnelles ou nous ont été communiquées à la clinique du professeur Claude; que nous remercions de nous en avoir permis la publication. La simple comparaison de ces observations avec les descriptions classiques de l'éthylisme, montrera dans un court chapitre de discussion, de façon évidente, que des psychoses non éthyliques peuvent revêtir les formes de l'éthylisme, qu'il s'agisse de psychose chloralique, acétonémique, etc... Sans parler du délire de jalousie non

alcoolique. Pourtant, reste le point obscur du rôle de l'alcool comme agent favorisant. C'est pourquoi nous avons réservé un petit chapitre à la présentation de cas mixtes, où il semble s'agir de délire arrosé.

Nouse verrons pour terminer que même les signes biologiques qui ont pu être donnés jusqu'ici sont encore très imparfaits pour le dépistage de l'éthylisme.

D'où la conclusion qui s'impose et que nous formulons dès maintenant: à savoir qu'il faut être prudent avant d'affirmer l'éthylisme chez un sujet. Le nombre d'intoxications connues ou *inconnues* donnant lieu à des psychoses, d'apparence éthylique permet difficilement en dehors des aveux du malade ou de son entourage d'affirmer l'éthylisme.

II) HISTORIQUE

La question que nous nous sommes posée a déjà été soulevée par un grand nombre d'auteurs et la lecture d'un assez grand nombre révèle des mises en garde contre une trop facile propension à rendre l'éthylisme seul responsable des troubles constatés. A vrai dire, ce que l'on trouve surtout à la lecture de ces auteurs, c'est surtout la discussion sur la part — chez un sujet, qui a pu faire quelques excès antérieurs — à attribuer à l'alcoolisme dans l'éclosion de ses troubles mentaux.

A ce titre déjà ESQUIROL écrivait : « Toutes les fois
« que le délire ou la folie sont précédés d'abus de bois-
« sons fermentées et surtout d'ivresse, on est disposé à
« accuser cet abus d'être la cause primitive de désordres
« cérébraux » et aussitôt après, il rajoutait que « dans
« quelques cas cet abus n'est que le premier symptôme
« et le symptôme caractéristique d'une manie commen-
« çante ».

Chacune de ces notions comporte une notion différente mais toutes deux demandent à être retenues, car elles enseignent la possibilité d'une double erreur de diagnostic, à savoir : prendre pour de l'alcoolisme ce qui n'est qu'une psychose banale chez un éthylique ; prendre pour de l'éthylisme un accès de manie avec dipsomanie. Mais surtout la première phrase contient une réserve implicite sinon for-

melle contre l'établissement systématique d'un rapport entre des antécédents éthyliques possibles et la psychose constatée.

La même question est reprise par MAGNAN à propos de l'alcoolisme et de la paralysie générale. « Le passage
« de l'alcoolisme à la paralysie générale ne se fait pas
« d'un seul coup, il y a une période intermédiaire, pé-
« riode de transition, quelquefois très longue, difficile à
« déterminer, et qui tient le diagnostic en suspens. »

DUPRÉ pose le même problème à propos du diagnostic entre les deux affections.

Deux auteurs devront être surtout retenus qui se sont attachés : l'un, à déterminer la part du foie dans la pathogénie de l'alcoolisme (Klippel), l'autre à tenter de limiter le domaine de l'alcoolisme (Régis).

KLIPPEL établit que le délire alcoolique peut apparaître même si l'alcool n'est plus en cause mais que surtout la « folie hépatique » n'est pas propre aux seules lésions du foie d'origine alcoolique.

RÉGIS écrit : « En présence d'une psychose ayant
« tous les traits d'une psychose alcoolique, il ne faut pas
« conclure d'emblée à l'alcoolisme, mais rechercher s'il
« n'existe pas en dehors de lui ou même avec lui une
« autre intoxication ou infection susceptible d'avoir pro-
« duit cette psychose, on évitera ainsi plus d'une erreur ».

Revenant sur cette question, il oppose les effets du vin naturel à ceux des poisons des « assommoirs ». Quant au
« vin, vin naturel s'entend, « écrit-il », nous n'hésitons
« pas à le déclarer innocent des méfaits, dont on l'accuse
« et nous constatons que c'est une hérésie à la fois hy-

« giénique et économique, que de le proscrire, comme
« tend à le faire la mode actuelle, de l'alimentation
« journalière en France. Personnellement, dans une ré-
« gion où l'absorption du vin dépasse de beaucoup, pour
« certaines catégories d'ouvriers, la dose permise, j'en
« suis encore à voir un alcoolique, d'origine exclusive-
« ment vinique. Cette formule démographique reste d'ail-
« leurs vraie, que l'alcoolisme, dans un pays, est en pro-
« portion inverse de la quantité de vin qu'on y récolte
« et qu'on y boit et en proportion directe des apéritifs
« qu'on y consomme ».

Après lui d'autres auteurs insistent sur les mêmes faits.

CHASLIN, mentionne la difficulté de diagnostic entre l'alcool et la paralysie générale, ensuite sur les formes hybrides, manifestations de l'alcoolisme dont l'aspect a été modifié.

Dans ces dernières années, à mesure que les recherches cliniques et biologiques gagnaient en extension, différents auteurs furent amenés par l'étude de certains faits à réduire encore l'importance donnée à priori à l'alcoolisme dans la genèse de nombreux délires.

1) Dans le domaine clinique, VIGOUROUX insiste sur les faits de confusion d'origine urémique et pouvant simuler le délire alcoolique.

VICTOR PARANT, dans sa thèse sur les délires de jalousie signale que les idées délirantes de jalousie, considérées par les psychiatres allemands, comme de nature exclusivement alcoolique, se voient dans d'autres états.

MOURATOFF montre que la dipsomanie n'est qu'une manifestation d'une psychose périodique latente. » C'est

« ce groupe qui donne les cas les plus typiques de dip-
« somanie périodique aux intervalles lucides d'abstinence
« absolue ». Ainsi, sous l'alcoolisme faut-il rechercher
la périodicité.

Plus récemment, de nouveaux problèmes ont été soulevés à propos du diagnostic d'éthylisme et du délire aigu, en général, DAMAYE, en particulier, dans plusieurs publications insiste sur ce fait que le « délirium tremens, « confusion mentale onirique ne diffère du délire aigu « que par l'adjonction de quelques symptômes physi-
« ques : tremblements, etc. »

Nous ajouterons même que ces signes paraissent contingents.

Tout récemment, MIGNOT dans un travail consacré aux conditions d'apparition de certains délires alcooliques écrit : « Que la folie des buveurs, affection variable dont la cause paraît si évidente, si immédiate, est cependant conditionnée par un état de prédisposition, dont la nature bien souvent nous échappe, mais qui provient parfois du paludisme et des traumatismes crâniens ».

Enfin, signalons que l'école de Sainte-Anne, a attiré l'attention à plusieurs reprises sur la trop grande extension donnée parfois sans raison suffisante au diagnostic d'éthylisme; en juin 1932, en particulier le professeur CLAUDE présente à sa clinique hebdomadaire un malade dont il a bien voulu nous autoriser à reproduire l'observation (cas N° 12).

De son côté, LÉVY-VALENSI, passant en revue la question des bouffées délirantes montre les difficultés de diagnostic entre ces états d'étiologie si variée et des psychoses alcooliques.

A propos du même sujet, on retrouve la question posée par DUBLINEAU dans les termes suivants : « A ne prendre que l'exemple de l'alcool, on connaît la fréquence de l'association alcool-débilité, et, bien souvent, en effet, la bouffée délirante des débiles n'est autre chose que l'expression d'une intoxication éthylique subaiguë. Mais, dans nombre de cas, même en présence de la bouffée délirante la plus caractérisée, il est difficile de retrouver des antécédents éthyliques qui les justifient. Le diagnostic de psychose alcoolique est porté sur la notion de fréquence, malgré le résultat négatif de l'enquête et des dénégations du malade et de son entourage ». Dans un travail récent, l'auteur revient sur cette question des rapports de l'alcool et des troubles mentaux, en insistant sur la difficulté du problème, telle qu'elle ressort de l'analyse des récents travaux français et étrangers.

2) Dans le domaine biologique, les auteurs ont essayé de rechercher s'il était possible d'assigner aux délires alcooliques des constantes biologiques.

I) EN FRANCE.

TARGOWLA reprenant les travaux de Klippel sur l'insuffisance hépatique, en psychiatrie, rappelle l'ensemble de ces manifestations dans les états confusionnels liés à l'épuisement, à l'allaitement, à la puerpéralité, aux maladies infectieuses dans les syndromes dits psychogènes et dans la confusion idiopathique. D'autre part, il signale à propos des formes confusionnelles et oniriques de la syphilis nerveuse, l'insuffisance hépatique concomitante, qui

peut être due, à la phase secondaire, autant à la toxémie tréponémique, qu'à un alcoolisme surajouté. Plus tard, elle peut relever de l'atteinte hépatique, peut-être favorisée par une « débilité hépatique » préexistante.

Plus récemment, TOULOUSE, COURTOIS et Mlle RUSSEL qui avaient déjà montré la difficulté de diagnostic entre l'encéphalite psychosique aiguë azotémique et l'encéphalite psychosique aiguë alcoolique, montrent qu'au point de vue biologique, les différentes recherches ne montrent pas des particularités bien spéciales.

Nous rappellerons, enfin, que MM. CLAUDE, DUBLINEAU, MASQUIN et Mlle BONNARD, au cours de recherches entreprises sur le taux des polypeptides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des psychopathes ont étudié, pour commencer un groupe d'alcooliques. Nous reviendrons en fin de ce travail sur quelques remarques qu'appellent ces recherches.

II) A L'ÉTRANGER, nous citerons d'abord le remarquable ouvrage de LEWIN qui, dans ses « Paradis artificiels », insiste, comme jadis Régis en France, sur l'importance trop considérable donnée au vin dans la genèse de l'alcoolisme. Mais surtout les auteurs allemands ou russes se sont efforcés de déterminer les éléments anatomiques ou biologiques susceptibles de spécifier l'éthylisme. Nous ne ferons que rappeler un travail récent de GORCHER, KRASNOWSKAJACH et TSCHERNYCHEM sur les troubles somatiques de l'éthylisme chronique. Les auteurs insistent surtout sur l'hyperacidité stomacale. Les autres stigmates sont de peu d'importance. Au point de vue anatomique, NEUBURGER, OKHUMA, recherchent des lé-

sions spécifiques. Diffuse pour les uns, elles seraient localisées pour d'autres aux tubercules mamillaires; discussion qui a eu son écho récent au CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE (Casablanca 1933) et dans laquelle nous ne prendrons pas parti, la question débordant le cadre de ce travail.

Au total, on voit que la question des limites de l'alcoolisme et des psychoses alcooliques a été soulevé par nombre d'auteurs et que la question, à l'heure actuelle s'oriente dans un sens plus nettement biologique.

III) ETUDE CRITIQUE DES FORMES DU DELIRE ALCOOLIQUE.

Dans ce chapitre nous nous proposons d'étudier les diverses formes du délire alcoolique, non pas au point de vue didactique ce qui nous conduirait à recopier ce qui se trouve parfaitement décrit dans les ouvrages classiques, mais au point de vue *critique* en essayant de mettre en valeur les points sur lesquels insistent les auteurs dans la différenciation du délire alcoolique.

Nous ne ferons que mentionner l'ivresse aiguë survenant chez un sujet ayant ingéré une quantité massive de boissons alcooliques. Elle ne dure que quelques heures et se termine par un sommeil profond suivi d'amnésie portant sur la période ébrieuse. Ces faits ne nous retiendront pas. Pour ce qui est des autres formes, nous étudierons successivement le fonds mental, le substratum organique, les formes cliniques.

I) ETUDE CLINIQUE

Deux notions sont actuellement bien connues :

1° l'importance du terrain dégénératif dans l'éclosion des troubles psychiques alcooliques.

2° l'importance du facteur chronique dans l'intoxica-

tion alcoolique. Cette chronicité crée à elle seule un nouveau terrain, et au total, on peut dire que c'est à la symbiose : « désénérescence + intoxication chronique » que les troubles mentaux doivent, chez l'alcoolique, leur apparition.

1) LE FONDS MENTAL.

Il est fait : 1) au point de vue *intellectuel* d'un état d'obtusion plus ou moins masqué avec viscosité mentale.

2) Au point de vue *moral* d'une irritabilité avec impulsivité foncière, jalousie, réduction du sens moral.

3) Au point de vue *affectif* enfin d'une tendance marquée à l'anxiété.

Cette question de l'anxiété de l'alcoolisme retiendra d'emblée notre attention. Ce symptôme important est à l'origine d'un grand nombre d'erreurs de diagnostic comme peut le faire prévoir la diversité des cas cliniques dans lesquels il peut être observé.

2) LE SUBSTRATUM ORGANIQUE.

On insiste sur les signes d'imprégnation éthylique qui, en fait, signent le caractère chronique de l'intoxication. Ils se rencontrent le plus souvent et permettent d'affirmer le diagnostic d'éthylisme : tremblement digital et lingual, facies vultueux ou couperosé, signes hépato-digestifs (subictère, vomissements bilieux ou pituites, matutinales, brûlures stomacales, urobilinurie).

3) LES FORMES CLINIQUES.

Avec Lévy-Valensi nous en étudierons trois types : aiguë, subaiguë, chronique.

A) ALCOOLISME AIGU (DELIRIUM TREMENS).

Nous insistons avant tout, d'abord sur ses conditions d'apparition.

L'accès du delirium tremens ne se produit pas sans cause.

« Le fusil est chargé, écrit Ball, le coup part, mais il ne part pas tout seul. Il a fallu un choc pour déterminer la décharge ».

Le choc est un excès de boisson (delirium a potu numio) ou peut-être l'abstinence (delirium a potu suspenso), un accident, une fracture, une opération, une infection (pneumonie, érysipèle), plus souvent le surmenage, les émotions, l'insolation, etc...

Au total et en résumé, on retrouve souvent une étiologie précise, immédiate.

L'accès de delirium tremens s'annonce par des prodromes : insomnie, céphalée, agitation, anxiété, parfois sommeil agité avec cauchemar, rêve délirant, précédant le délire de rêve.

L'aspect du malade est caractéristique : le visage est rouge, vultueux, couvert de sueurs. La soif est vive, le regard terrifié.

1) *Le délire proprement dit* débute généralement dans les premières heures de la soirée pour disparaître au matin. Il se caractérise essentiellement par des hallucinations et

surtout par des *illusion visuelles*. Le malade prend une fenêtre pour une porte, un objet pour un animal, un meuble pour une personne. L'anxiété, la mobilité, l'accroissement vespéral constituent les principaux éléments du délire.

a) *L'anxiété*. — Elle est considérable. Illusions et hallucinations sont pénibles.

Le sujet a des visions fantastiques à types zoopsiques (animaux monstrueux, rats, serpents, tigres remplissant la chambre, changeant de forme ou se jetant sur lui. Des flammes l'entourent, des scènes ou des tableaux obscènes se déroulent sous ses yeux. En peu de temps l'agitation est à son comble, l'alcoolique crie, courant sans arrêt après ses fantômes. Des éléments auditifs aggravent ce tableau : menaces d'adversaires auxquels il répond par des injures et des coups. Il fuit et lutte contre les infirmiers. Ainsi paraît-il évoluer dans un monde imaginaire et fantastique. « Il moule son délire sur ses hallucinations » (Fournier). D'où le nom de rêve éveillé donné à ce délire qui prend par moment un type somnambulique. C'est un « rêve en action », un « délire de rêve et d'action ».

b) *La mobilité*. — Ce délire est rapide, cinématographique. Il peut être interrompu sur le champ par une injonction impérieuse pour reprendre aussitôt après.

c) *L'accroissement vespéral* est un signe également considéré comme important. Nous le retrouverons ultérieurement.

2) *L'état mental*.

Deux traits le caractérisent.

a) *La confusion* avec désorientation dans le temps et dans l'espace : perplexité, viscosité mentale.

b) *L'insomnie*. Celle-ci est constante. Sa disparition annonce la guérison qui se produit généralement du 4^e au 5^e jour.

3) *Les signes physiques.*

a) *Le tremblement* est intense et généralisé. Le corps tout entier est en vibrations. Les mains et les bras sont agités d'un mouvement étendu incoercible, la tête entière oscille, la langue est trémulante avec embarras de la parole.

b) *Les sueurs*. Signe important, le corps est couvert de sueurs profuses, d'ailleurs partiellement, en rapport avec la température.

c) *Le pouls* est accéléré.

d) *La température* est de 39° dans les formes moyennes et dans les formes graves atteint 41° et plus.

4) *Evolution.*

La mort peut survenir au cours d'une pneumonie ou au cours d'une réaction anxieuse (défenestration).

La récurrence est fréquente et se fait à l'ordinaire dans les mêmes formes. Enfin le patient perd généralement le souvenir de son délire.

5) *Formes cliniques.*

Nous en isolerons trois.

a) *une forme paroxystique* avec accès survenant généralement le soir pour disparaître le matin et récidivant les soirs suivants. Le malade étant normal dans la journée. Ce sont des crises de délire pantaphobique avec anxiété se reproduisant chaque soir avec le même caractère. C'est à cette catégorie que paraît appartenir la plupart des anxieux

fugueurs poursuivis par des malfaiteurs, des ennemis, des policiers.

Cette forme paroxystique avec anxiété prédominante est à diagnostic souvent difficile.

b) *une forme rappelant le délire aigu*, encéphalite aiguë azotémique de Toulouse, Marchand et Courtois.

Sous ce nom, ces auteurs décrivent un syndrome confusionnel aigu ou suraigu, auquel s'ajoute une azotémie progressive qui fixe en partie le pronostic de l'affection.

Cette encéphalite (délire aigu des classiques) constitue une forme suraiguë du delirium tremens; elle ne diffère en rien des encéphalites aiguës décrites par les mêmes auteurs au cours des autres infections ou intoxications (érysipèle, fièvre puerpérale, rhumatisme articulaire).

Le délire aigu peut ainsi se retrouver dans d'autres intoxications et infections, ce qui rend malaisé son diagnostic étiologique.

c) Enfin citons pour terminer *une forme à type assez souvent euphorique* dans laquelle les phénomènes visuels ont un caractère agréable et microscopique (hallucinations lilliputiennes).

B) ALCOOLISME SUBAIGU.

Comme le nom l'indique, les accidents de l'alcoolisme subaigu plus fréquents que le delirium sont moindres à la fois en intensité et en gravité. Ici encore, il s'agit d'un délire confusionnel, dans lequel on retrouve la note onirique et anxieuse à prédominance vespérale. Assez souvent les auteurs insistent sur le caractère professionnel du délire.

Le malade se croit entouré des êtres qui lui sont familiers et se livre en imagination à ses occupations habituelles. Les hallucinations ont une précision et une intensité surprenante.

Mais il ne faut pas confondre le délire, avec le rêve professionnel. On peut voir défiler durant son sommeil tous les actes de sa vie professionnelle sans pour cela être un alcoolique.

Le délire d'occupation a toujours un caractère pénible. Ici nous retrouvons l'anxiété sur laquelle nous avons déjà insisté. Le malade a le regard absent et désorienté. Dans ces états anxieux, l'alcool n'est pas toujours en jeu. En effet de tels délires ne se différencient en rien des délires oniriques d'autre nature; de sorte que la symptomatologie de l'alcoolisme subaigu n'est pas assez spécifique et on peut la retrouver dans d'autres affections non éthyliques.

C) ALCOOLISME PROLONGÉ.

Nous en distinguerons deux formes :

- 1° Le syndrome de Korsakoff,
- 2° Le délire systématisé alcoolique.

I. *Syndrome de Korsakoff.*

Nous ne ferons que le citer pour mémoire, car il justifierait à lui seul une étude spéciale et nous ne nous y arrêterons pas.

Le syndrome décrit par Korsakoff de 1887 à 1890 sous le terme de psychose polynévritique peut se rencontrer, au cours de la plupart des intoxications et des infections, mais il est, dit-on, plus particulier à l'alcoolisme. C'est en réalité une confusion mentale assez spéciale dont les éléments sont :

- A) L'amnésie à type antérograde.
- B) La fabulation avec fausses reconnaissances.
- C) Des éléments confusionnels, amnésie lucunaire, obtusion, hallucination.
- D) Des signes de polynévrites avec abolition, d'ailleurs inconstante, des reflexes tendineux.

L'atteinte nerveuse est à type sensitif ou sensitivo-moteur, parfois limitée à une simple hyperesthésie cutaneo-musculaire.

II. *Délire systématisé alcoolique.*

C'est un délire à systématisation faible qui se caractérise par :

- a) l'absence de troubles marqués de la conscience;
- b) l'importance des interprétations (d'ailleurs moindres que dans les formes précédentes), hallucinations de la vue.
- c) la lenteur de son évolution. Il peut succéder à une phase d'onirisme lui-même symptomatique d'une crise de delirium tremens ou d'alcoolisme subaigu et se développer sur une idée empruntée à une scène de rêve (idée fixe post-onirique). Il apparaît habituellement progressivement.

1) *Délire de persécution.*

La période prodromique est assez longue. Le malade devient inquiet, soupçonneux, méfiant; peu à peu, les fausses interprétations, les illusions et les idées de persécution s'établissent, les hallucination apparaissent.

A la période d'état, le malade conserve sa lucidité, il demeure orienté, comprend les questions et fait les ré-

ponses appropriées. Les idées délirantes et les troubles psycho-sensoriels sont pénibles. Il a des idées de persécution de caractère varié : crainte d'empoisonnement, d'assassinat, idée de jalousie, injures, menaces, visions effrayantes, surtout accusées de nuit, figure, spectres, gendarmes bourreaux. A ces faits s'ajoutent des troubles psycho-sensoriels à type olfactif, cénesthésique ou moteur entraînant des réactions, dépressions avec velléités agressives ou suicides.

2) *Délire de Jalousie.*

Le délire systématisé peut revêtir la forme de jalousie alcoolique. Ici les interprétations prédominent avec recherches de preuves puériles.

Sujets se croyant regardés d'un drôle d'air par le voisin et concluant d'emblée à la tromperie. Ici encore on insiste sur l'importance du facteur anxieux.

3) *Délire d'auto-accusation.*

Le délire systématisé peut prendre un type mélancolique à forme d'auto-accusation. Le sujet s'accusant alors de crimes imaginaires pouvant le conduire au suicide.

II) ETUDE CRITIQUE DELIRES ARROSES.

La description de ce qui précède nous permet de conclure qu'au moins dans les descriptions classiques, l'alcoolisme peut être affirmé sur la constatation de manifestations somatiques dont le tremblement et les signes hépato-diges-

tifs constituent les éléments fonctionnels fondamentaux, avec manifestations intellectuelles généralement à type confusionnel ou d'obnubilations; des manifestations délirantes avec anxiété, tendances dépressives, éléments hallucinatoires, ou illusionnels à prédominance visuelle.

Comme il a été dit, ces divers troubles peuvent s'observer au cours d'un grand nombre d'autres états. Les observations qui suivent apportent la preuve de ces faits, mais auparavant nous dirons un mot des délires arrosés.

En effet, le diagnostic des états éthyliques devient d'autant plus difficile que nous avons souvent affaire à ces cas limites connus sous le nom de *délire arrosé*, formes dans lesquelles existent de petites manifestations rapportées à l'éthylisme par l'interrogatoire et l'enquête et venant aggraver les autres manifestations à confusion, simple délire chronique, etc... de la psychose en question. Ce sont là des formes d'observation quotidienne. Sur ces cas limites, nous reviendrons dans un dernier type d'observations, dont leur importance pratique justifie le groupement isolé.

IV) OBSERVATIONS

Dans les pages qui suivent nous rapportons un certain nombre d'observations dont beaucoup ont été antérieurement publiées, dont les autres provenant de la clinique du professeur Claude, nous sont personnelles ou nous ont été fournies directement.

Les 18 cas que nous citons sont assez différents les uns des autres, mais tous ont entre eux un lien commun : on y trouve des éléments ou d'onirisme, ou d'anxiété, en rapport avec diverses intoxications chroniques qu'en l'absence des commémoratifs, on n'hésiterait pas à rapporter à l'alcoolisme. Comme on le verra même dans certaines de nos observations, le diagnostic d'éthylisme a été porté au début ou tout au moins soulevé, malgré les renseignements contradictoires de l'enquête. Ce n'est qu'ultérieurement qu'on peut mettre en évidence soit une paralysie générale incipiens, soit un délire toxi-infectieux mal déterminé.

Dans nos derniers cas cependant l'éthylisme existait, mais nous en avons rapporté des exemples malgré leur banalité, pour montrer combien il est difficile même quand la notion d'éthylisme est certaine ou probable de rapporter entièrement à l'éthylisme la nature des troubles constatés.

Nous étudierons successivement :

1° les états confusionnels simulant le *delirium tremens* alcoolique;

- 2° les états confusionnels simulant l'alcoolisme subaigu;
- 3° les états simulant l'alcoolisme chronique.

I. ETATS CONFUSIONNELS AIGUS SIMULANT LE DELIRIUM TREMENS ALCOOLIQUE

A. DÉLIRES TOXIQUES.

a) *Délire hépatique.*

Le rôle du foie dans l'intoxication alcoolique a été observé par divers auteurs.

C'est *Klippel* qui le premier en a su montrer l'importance. Pour lui, le délire alcoolique ne serait qu'un délire hépatique.

Régis a parlé de la coexistence de l'intoxication alcoolique et de l'intoxication hépatique, cette dernière pouvant être produite par divers autres toxiques.

Targowla reprenant les travaux effectués sur cette question a retrouvé l'insuffisance hépatique non seulement dans l'intoxication alcoolique mais dans diverses confusions mentales de différentes étiologies.

OBSERVATION I

MM. P. ABELY et P. CARETTE.

B... Maurice, 35 ans, comptable dans une société métallurgique, entre à l'admission à l'Asile Clinique le 22 septembre 1924 et présente à l'arrivée les symptômes suivants : excitation psychique et motrice, cris, appels, fausses reconnaissances, fuite des idées, désorientation, onirisme. Il voit des

choses qui paraissent l'effrayer. On lui dit : assez gueulé.... enlevez-le... à mort !!! Il s'agite, se lève, veut se déshabiller, fouille et retourne ses poches dans lesquelles il dit écraser des asticots. Il donne peu de renseignements sur lui-même et sur les événements qui l'ont mené à l'asile; il se croit en prison, dit avoir 21 ans et exercer la profession de « mutilé ». Il découvre alors sa jambe gauche et montre des cicatrices nombreuses, irrégulières, profondes, adhérentes à l'os et qui seraient consécutives à une blessure de guerre. Il avoue boire en moyenne 2 à 3 litres de vin blanc chaque jour.

La peau est moite, la température normale, la langue est saburrale et trémulante, le visage vultueux, les conjonctives injectées et subictériques, l'hypocondre droit est douloureux à la palpation; le foie déborde sous les fausses côtes.

La parole est un peu bredouillée et hésitante.

On note en outre les signes suivants : tremblement des doigts, hyperesthésie musculaire, abolition des réflexes achilléens et faiblesse des rotuliens, démarche peu assurée, pas de signe de Romberg, pas d'atrophie apparente des muscles des membres, réflexes radiaux et olécraniens normaux.

Les pupilles sont inégales et déformées, les réflexes lumineux et à la distance sont conservés.

Après quelques jours de repos, le malade s'est calmé, l'état hallucinatoire a disparu. B... est toujours désorienté et ne se soucie pas de savoir où il se trouve. Les troubles digestifs du début : état saburral, anorexie, constipation se sont améliorés, le subictère a disparu.

La ponction lombaire donne les résultats suivants : liquide clair, pas d'éléments à la cellule de Nageotte : albumine : 0 gr. 22, réaction de Pandy, de Guillain, et de B. Wassermann négatives.

Le 3 novembre, il présente surtout des troubles de l'attention, sa mémoire est défectueuse et les calculs les plus simples impossibles. Une deuxième ponction lombaire donne des résultats identiques à la première.

Quelques jours après, B... fait des réponses exactes et s'il

se trompe, se corrige rapidement, l'attention est encore mauvaise. Il est un peu obnubilé, mais fait effort; il lit les journaux et peut donner un compte rendu oral de ses lectures avec lenteur et des hésitations. Il se préoccupe de sa sortie et de son emploi de comptable, qu'il croit être apte à exercer de nouveau. Sur les événements antérieurs à un internement, il renseigne parfaitement; en particulier sur les faits de guerre dont il a été le témoin ou l'acteur, mais il a oublié le menu des repas de la veille. Il dit n'avoir jamais vu tel médecin ou tel infirmier à qui il parle quotidiennement et par contre fait de fausses reconnaissances. Il dit : « C'est la mémoire, depuis mon arrivée, qui me fait défaut ».

Le 24 novembre, il est très confus, se perd dans ses calculs, malgré les efforts qu'il fournit, se décourage, est perplexe, interrogateur.

Examiné à nouveau au début de décembre, il est tout différent. Il est capable d'effectuer rapidement une division avec 3 chiffres au diviseur, de compter la monnaie, mais il répond aux questions avec assurance. Il est indifférent, euphorique. Il affirme qu'on ne lui a fait qu'une ponction lombaire, qu'il est à l'Asile depuis un mois; il s'obstine dans ses erreurs. L'infirmier qui le soigne est un camarade de la Société dont il est l'employé; placé à l'Asile pour le distraire, il l'interpelle familièrement et le tutoie; il ne craint pas qu'un internement prolongé compromette sa situation : on sera assez content de le reprendre quand il sortira. « L'internement, dit-il, c'est comme le régiment, on nous prend quand vous avez fini votre temps; j'ai un contrat; d'ailleurs je suis venu ici soigner ma jambe malade, mais je n'ai jamais été fou ». Le dortoir où il couche est sa propriété; les lits lui appartiennent. Il nous apprend aussi qu'il a apporté des tables et des chaises qui font partie de son mobilier. Il cite des faits exacts, donne des dates précises, mais présente de grosses lacunes. Il ne sait pas qu'il a perdu connaissance quelques jours avant son internement, il a oublié son excitation du début, son délire, il n'a pas

conscience de son état actuel. Les interrogations multiples, les examens physiques dont il est l'objet ne provoquent aucune question, aucune objection.

Au point de vue physique, notons de la tachycardie par intervalles, la tension artérielle mesurée sur Pachon est 18-10 1/2

L'urine présente les caractéristiques suivantes : pas d'albumine, pas de sucre, habituellement, cependant, l'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive : présence d'urobiline et de pigments biliaires, abaissement du taux d'élimination de l'urée, bleu de méthylène retrouvé pendant 3 jours après son absorption et même le 4^e jour sous forme de chromogène.

Nous avons recueilli sur les antécédents du malade des renseignements suivants. Pas d'hérédité pathologique connue, pas de traces de syphilis ancienne. Bonne santé avant la guerre.

B... a été un brillant écolier. Il a obtenu le certificat d'études primaires supérieures, c'était un garçon gai, actif, intelligent. Il est entré comme employé à l'âge de 17 ans dans la Société Métallurgique où il a travaillé jusqu'à sa maladie.

Mobilisé au début de la guerre, il a été blessé gravement à la jambe gauche dans la région de Verdun en septembre 1914. Projeté dans une tranchée par un éclatement d'obus avec les cinq hommes qu'il accompagnait et qui furent tués sur le coup, il a été anémié par des hémorragies sérieuses, ne recevant que tardivement les premiers secours. Pendant longtemps le pronostic des conséquences de sa blessure a été des plus sombre. On l'évacue à la Bourboule où il arriva avec de la fièvre, de l'agitation, et du délire, qui ne cédèrent pas un mois durant, les plaies supuraient, la perte de substance était considérable. Il subit plusieurs curetages osseux. A chaque intervention il était anesthésié et restait plusieurs jours agité ou stupide, ce qui incita les chirurgiens, après l'avoir anesthésié au chloroforme, à recourir à l'éther, puis au chlorure d'éthyle.

Réformé temporairement après un an d'hôpital, il a été pensionné à 15 %, puis à 25 %. Il s'est occupé d'une association de mutilés dont il était le fondateur. Ses parents et ses amis avaient remarqué qu'il était changé, il était devenu taciturne, bizarre, irritable, moins brillant et moins actif qu'avant son accident.

En 1917, il se marie. Il a eu de ce mariage deux enfants qui se portent bien, un fils de 7 ans et une fille de 2 ans 1/2.

Depuis un an, il était plus déprimé et se plaignait de maux divers. Il s'était mis à boire « pour se remonter ». Le travail lui était pénible, il paraissait distrait, faisait des erreurs dans ses comptes, ses patrons s'en plaignaient. Enfin, depuis quelques mois sa mémoire diminuait, il avait cessé le travail et les abus de vin blanc. Quatre jours, avant l'entrée à l'Asile, il était tombé dans la rue et n'avait pu donner son adresse, conduit à son domicile par des voisins, il paraissait égaré, inquiet. Sa femme a remarqué ce jour-là qu'il avait la parole embarrassée. Dès le lendemain, il a déliré, a proféré des menaces, contre son entourage, a présenté de l'insomnie, des cauchemars professionnels, tous symptômes qui ont déterminé les siens à demander son placement dans un asile.

Au total, il s'agit d'un homme qui a présenté un état de confusion hallucinatoire qu'on pourrait considérer d'après les dires du malade et en concordance avec les signes physiques, comme un accès d'alcoolisme subaigu. L'affection a pris par la suite l'aspect d'un syndrome de Korsakoff. Certes, il y aurait bien dans les antécédents, quelques abus de boisson; mais, pour les auteurs, et, nous sommes de leur avis, cet abus n'était pas suffisant pour avoir déterminé des troubles mentaux, nous croyons qu'il s'agit d'un délire hépatique, peut-être favorisé par des habitudes éthyliques passagères. Malgré tout, ce cas est d'une pathogénie assez difficile. Nous ne le citons que pour montrer combien le problème est difficile à résoudre dans certains cas.

B. ACÉTONÉMIE.

Régis avait jadis attiré l'attention sur l'acétonémie dans certains cas de délire aigu. D'autre part, plusieurs auteurs ont décrit : un coma diabétique débutant par de l'agitation avec omissions et rappelant le *delirium tremens*, c'est la forme pseudo alcoolique de *Duchfeld*.

OBSERVATION II

E. MARTIMOR, Mme R. MORNET et J. BRZEZINSKI.

Mme P..., 24 ans, sans antécédents pathologiques connus, manifeste brusquement dans la nuit du 15 au 16 novembre 1931 une excitation violente avec propos incohérents. Cet accès qui se calme dans la matinée, est attribué par l'entourage, à l'émotion produite par une discussion violente survenue récemment entre la mère et le mari de la malade; mais l'agitation reparait quelques heures plus tard et serait les jours suivants intermittente, d'abord, puis continue. Le médecin de la famille prescrit une médication bromurée qui ne procure que des accalmies passagères; il demande à l'un de nous, le 23 novembre, de voir la malade avec lui. Nous trouvons cette dernière couchée. L'agitation motrice n'est pas très marquée, mais l'agitation verbale est continue, avec fuite des idées, dispersion de l'attention, railleries, gauloiserie, euphorie bruyante coupée parfois brusquement d'accès de colère ou de découragement. Pas de confusion mentale; réponses correctes et rapides quand on peut fixer l'attention. En somme, tableau clinique d'un accès d'agitation maniaque. Pas de fièvre, pouls rapide, langue saburrale, règles apparues la veille.

Le milieu familial ne se prête pas au traitement à domicile. La malade entre à la Maison de Santé de Blois, dans la soirée du 26 novembre. Le jour et le lendemain de l'entrée, même état d'agitation maniaque auquel s'ajoutent les signes d'épuisement : traits tirés, hypertension musculaire, sensa-

tion de faiblesse, de fatigue. Température : 37°8, 37°4, 37°8. Lèvres fuligineuses, langue saburrale. Poumons et cœur normaux, alv. simple, réflexes normaux. Céphalée constante, insomnie. Urée dans le sang 0,55. Wassermann négatif. Régime lacté, somnifère.

28 et 29 novembre, l'agitation euphorique fait place à de la confusion mentale avec onirisme. Nombreuses illusions et hallucinations de l'ouïe et de la vue à caractères terrifiants : une femme tire sur la malade des coups de revolver, les voix la menacent, l'insultent. Cris de frayeur, essais de fuite, de dissimulation sous les draps, tentative de suicide par strangulation dans un moment de désespoir.

Puis le délire devient de plus en plus violent, des hallucinations plus mobiles se traduisant par des exclamations incohérentes : « Au feu ! aux pompiers ! au secours ! gloire et victoire aux femmes. Je suis morte, je ne veux pas mourir à Blois ! Gloire à la mort et à la vie ! En avant ! Attaquez ! pan, pan, tirez ! C'est l'inondation..., etc...

Faciès pâle, encavé, hypotonie musculaire et oculaire, amaigrissement extrême. On constate une odeur acétonique nette de l'haleine, les urines sont alors recueillies et leur examen révèle des traces d'albumine, 2 gr. 80 de glucose par litre et la présence abondante d'acétone et de corps cétoniques (réactions de Legel et de Gerhardts très fortement positive). Du sang est prélevé pour une hémoculture dont les résultats sont négatifs. Température 38°, 38°3, 38°8, 39°. Pouls petit, filant.

Nous instituons le traitement du coma diabétique : injections intraveineuses d'insuline à 3 heures d'intervalle (60 et 45 unités cliniques) suivies d'injections intraveineuses de 250 gr. de sérum glucose. Injection de 60 gr. de bicarbonate de soude en solution aqueuse, tonicardiaques, boissons sucrées, lait, café.

30 Novembre. Le délire et l'agitation se calment progressivement pour faire place à une obnubilation et à une somnolence croissantes. Bientôt la malade est complètement inerte et ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Après

une injection de 30 unités d'insuline suivie d'ingestion de 60 gr. de lactose la température baisse de 40 à 37°9 et l'on voit reparaitre l'agitation et le délire. Dans la soirée nous administrons encore 60 unités d'insuline et 200 cc. de sérum glucosé: on constate alors un état euphorique calme, puis de la loquacité et de l'agitation. Dans la nuit, la malade absorbe toutes les heures 10 gr. de bicarbonate de soude dans un verre d'eau ou de lait. Ces ingestions sont parfois suivies de vomissements bilieux. Glycérine 1gr.70. Urée dans le sang 0gr.50.

14 Décembre. Torpeur un peu moins profonde coupée après l'injection d'insuline de petit accès délirant toujours à caractère terrifiant (feu, mort, désastre, inondation etc...). Glycosurie 4 gr. 50, acétone et corps acétonique : présence moins abondante.

Insuline 30 unités sérum glucosé 200 cc. Sérum bicarbonate à 30/100. Injections intraveineuses, composition du sérum:

Bicarbonate de soude	30 grs.
Chlorure de sodium	6 grs.
Eau distillée et stérilisée	1000 grs.

2 et 3 Décembre. Plus calme mais toujours délirante. Température 38,5 - 38,4 - 39,6 - 38,7. Reflexe oculo-cardiaque: 88-88. Insuline 15 unités, bicarbonate de soude, etc...

4 Décembre. Les hallucinations deviennent plus rares. En dehors de quelques convulsions délirantes qui persistent, la malade raisonne correctement. Dans les urines on ne trouve plus de traces de sucre, mais des traces d'acétone et de corps acétonique Glycosurie: 0gr.75. On constate une diminution de l'aire de la matité hépatique qui descend seulement à 5 cc. au-dessous du rebord costal: point vésiculaire et zone pancréatico-choledocienne douloureuse à la pression. Température 39,7 - 37,9.

Les jours suivants, l'amélioration de l'état mental et physique continue. La température baisse d'une façon un peu irrégulière, mais reste normale. A partir du 25 décembre,

l'aire de matité hépatique reprend au bout d'une semaine ses limites habituelles. Plus de glycosurie ni d'hyperglycémie, ni d'albuminurie, malgré la reprise progressive de l'alimentation normale. L'acétonémie, après un retour offensif dû vraisemblablement à une cessation trop hâtive des injections d'insuline, disparaît définitivement le 15 décembre. C'est également vers cette date que les hallucinations cessent de se produire. Après leur disparition, les idées délirantes persistent encore, ce sont des récidives du délire onirique de la période aiguë. La malade croit, par exemple, que son enfant est mort, qu'elle a été victime de revers, etc... Puis, peu à peu, les idées délirantes s'estompent et l'on arrive à convaincre la malade de leur fausseté et de leur nature pathologique.

La malade sort de la Maison de Santé de Blois le 30 janvier 1932, ne présentant aucun symptôme anormal et ayant retrouvé presque complètement un embonpoint et ses forces. Nous la revoyons une semaine plus tard : elle a repris son travail. Etat physique et mental excellent. Les urines ne renferment ni sucre, ni acétone, bien qu'elle ne suive aucun régime particulier. Les règles n'ont pas encore reparu.

Au total, il s'agit d'une femme qui a présenté un délire aigu précédé d'agitation maniaque. Ce délire consistant en illusions, hallucinations, température, anxiété, *tous symptômes qui rappellent le delirium tremens mais l'examen n'a révélé aucune trace d'alcoolisme.*

C. HYPNOTIQUES.

1° Chloral.

Gilbert Ballet a rapporté en 1893 un cas de delirium tremens chloratique (a potu numio), présentant avec le delirium tremens alcoolique, la même ressemblance, hyper-

thermie, tremblement, soubresauts des tendons, sueurs profuses, rêvasseries, illusions et hallucinations.

En 1889, il rapporte un cas de *delirium tremens* chloralique (a potu suspenso). De même *Regis et Pichon* l'ont observé chez quelques toxicomanes.

OBSERVATION III

(A. ANTHEAUME et L. PAROT).

Paul H..., 43 ans, entre à Charenton le 2 avril 1905.

Antécédents héréditaires. — Père très original, sujet à de fréquentes colères, grand buveur, mort à 53 ans d'appendicite, mère morte à 27 ans de tuberculose pulmonaire; un oncle paternel alcoolique. Paul H... est marié et père de deux filles âgées de seize et onze ans.

Antécédents personnels. — Intelligent et laborieux, fait des études secondaires assez bonnes, puis devient pharmacien. Bonne santé habituelle, pas d'habitudes alcooliques. Durant l'enfance, accidents névropathiques, multiples convulsions au moment de la 1^{re} dentition, incontinence urinaire tardive, peurs nocturnes très fréquentes. A vingt et un ans, service militaire, volontariat, à ce moment quelques excès de tabac et d'alcool. A vingt-quatre ans, il abuse de l'éther pendant quelques jours, mais y renonce spontanément en raison de malaises consécutifs. A vingt-cinq ans, il se marie et durant seize ans, cesse toute intoxication, sa femme le surveillant strictement à ce point de vue.

Histoire de la maladie. — Le point de départ de l'intoxication chloralique dont il s'agit remonte au début de l'année 1903, c'est-à-dire à plus de deux ans. Paul H..., qu'il convient de considérer, au point de vue de ses réactions mentales, comme un déséquilibré, commence à recourir au chloral en février 1903 pour combattre une insomnie consécutive à de vives contrariétés d'ordre privé. Au début, il prenait le soir 2 gr. de chloral (en sirop), un mois plus tard,

il absorbait journellement 10 à 12 gr. de ce médicament. Chez ce sujet, aucune euphorie ne se manifeste à l'origine par l'ingestion du chloral. Il en fit abus, à la manière du buveur d'alcool qui désire « noyer ses chagrins », mais l'état de besoin, dans l'abstinence chloralique, apparaît d'une manière précoce et impérieuse, le vouant désormais à l'usage habituel du médicament aux doses précises.

En juin 1903, cinq mois après le début de la chloralomanie, Paul H... tombe dans un état de dépression extrême avec gâtisme et obtusion intellectuelle très accentuée. Il reste ainsi durant trois jours dans l'incapacité de recourir au chloral. Soudain, à la suite de ce sevrage accidentel, la scène change : à la période de dépression, succède une période d'excitation qui se traduit par une véritable scène maniaque rappelant le *delirium tremens* alcoolique, accès caractérisé par une agitation incoercible avec tremblement considérable et hallucinations terrifiantes : des sergents de ville vont l'arrêter parce qu'il a commis un crime, on va lui faire du mal, on le menace, des personnages qu'il voit dans les plis des rideaux et de ses habits, lui font des grimaces, etc... Cet accès survient sans qu'on puisse incriminer aucune alcoolisation, mais bientôt l'agitation diminue, le malade ayant pris à nouveau de fortes doses de chloral (12 gr.). C'est alors que la femme de Paul H..., qui avait depuis plusieurs mois quitté son mari, informée de ce qui s'était passé, survient et le place dans un établissement spécial.

Là un fait intéressant se produit. Ce toxicomane présente à l'arrivée un complexe symptomatique tel qu'on le prend pour un paralytique général.

Mais l'erreur se dissipe bientôt et le malade est traité de sa chloralisation par la méthode de suppression brusque. Il eut alors un nouvel accès maniaque d'une violence extrême, puis des tendances au collapsus et manqua succomber. Après deux mois d'une convalescence longue et difficile, il sortait amélioré et reprenait le cours de sa vie normale.

A la suite de nouvelles contrariétés, nouveau recours au chloral pour échapper aux préoccupations et aux insomnies : peu à peu l'état redevient le même qu'avant l'internement et après un accès maniaque au cours duquel il brise un mobilier, Paul H... fait un nouveau séjour de deux mois dans le même établissement en juillet et août 1904.

A la sortie il s'adonne aux études médicales et durant trois mois il s'abstient de toute toxicomanie.

En novembre 1904, bronchite au cours de laquelle il prend de l'opium pour calmer la toux, mais il retourne vite à l'usage du chloral, son calmant préféré. Il en consomme d'abord des quantités faibles (2 gr. par jour), puis il arrive à nouveau aux doses élevées (10 à 12 gr. par jour) absorbant quotidiennement 15 et même 20 gr. de chloral dans les derniers jours qui précèdent le placement à Charenton.

Etat actuel. — A son entrée dans le service le 2 avril au soir, Paul H... est dans un état de dépression extrême. Il ne répond à aucune question, ne prête aucune attention à ce qui se passe autour de lui et présente un état qui rappelle le tableau du coma alcoolique. On l'alite, la nuit se passe sans incident et le matin la scène change du tout au tout. Puisque le malade est debout, se prête à notre examen et présente comme lors du premier placement précité le « syndrome fugace de la paralysie générale ».

Voici le 3 avril au matin les résultats de notre examen :

a) *Clinique* : au point de vue psychique on se trouve en présence d'une oblusion intellectuelle qui paraît en imposer par un état dementiel. Le malade pendant les deux premières minutes de l'interrogation paraît, en effet, désorienté, dans le temps et dans l'espace, avec amnésie très étendue, mais contrairement à ce qu'a lieu dans la démence paralytique, au fur et à mesure que l'interrogatoire se prolonge, l'attention peut davantage se fixer et les réponses deviennent plus correctes, le malade arrivant à donner des détails assez précis sur les faits qu'il paraissait avoir oubliés au début de l'examen.

Par l'examen subjectif ainsi pratiqué, nous apprenons que cet homme éprouve des sensations désagréables et sont « comme des picotements, comme si des insectes marchaient sur sa peau ». Il se plaint que la circulation va s'arrêter, qu'il va tomber...

b) Au point de vue *somatique* on note ce qui suit : visage congestionné, léger tremblement des lèvres et de la langue, parfois secousses musculaires au niveau des joues, du sillon naso-labial et des paupières : tremblement des mains, pupilles dilatées, paresseuses à la lumière, paroles bredouillées, démarche vacillante avec incoordination extrême dans les mouvements intentionnels, signe de Romberg, mais sans abolition de réflexes rotuliens, sensibilité obtuse dans ses divers modes, mais conservée.

3 avril soir. — Excitation légère (ne veut pas rentrer au lit), tremblement généralisé et plus intense que le matin. Le malade redoute que ses jambes se dérobent sous lui, qu'il voit comme un halo autour des objets. Il prend dit-il du chloral parce qu'il a des ennuis avec sa femme qui est très autoritaire. Il croit qu'elle a pris un amant, un lieutenant de Versailles. Il n'a plus d'appétit sexuel et ne se soucie pas d'en avoir à nouveau. La situation est mauvaise..., il l'a compromise, il doit mourir.

Par l'occlusion des paupières avec pression des globes oculaires on n'évoque pas d'images hallucinatoires, il voit seulement des cercles lumineux.

Dans ses rêves il voit des choses luxueuses, des fleurs, il se sent très léger, il croit pouvoir voler, puis il voit des enterrements, des désastres, des scènes de carnage, dans lesquelles les personnages sont peu nombreux et de grandeur inusitée.

4 avril. — L'agitation augmente pendant la nuit, il voit des gens qui veulent le tuer, les infirmiers sont chargés de le mettre à mort, ils sont armés de couteaux qu'ils dissimulent.

Le malade est inquiet, il regarde de tous côtés, menace de jeter une cruche à la tête d'un infirmier; il entend sa

femme, lui causer, lui demander pardon, dit que les fautes les plus grandes peuvent être expiées.

Il demande du chloral, réclame de la morphine pour atténuer les souffrances de la mise à mort. Pouls 100.

5 avril. — L'agitation déjà très marquée la veille s'est encore accrue considérablement pendant la nuit. Le délirium tremens bat son plein. Le malade en proie à des visions terrifiantes a brisé le mobilier de sa chambre et brisé quatre carreaux. Le matin au moment de la visite nous le trouvons dans un état d'agitation extrême, le visage, les membres inférieurs et supérieurs, présentent un tremblement intense avec des secousses vives et des soubressauts des tendons et des muscles. En même temps une sueur abondante perle au visage. Il appelle « au secours ! à l'assassin ! » et prie les infirmiers de ne pas exécuter la sentence qui est prononcée contre lui.

L'anxiété est extrême, les battements du cœur sont précipités, le pouls est à 130°, il y a certainement une hypertension marquée, mais il est impossible de prendre la température du malade à cause de ses réactions violentes.

En présence de cet état on administre d'emblée une potion contenant 6 gr. de chloral. Quelques heures après, l'accès de délirium tremens diminue d'intensité, les battements du cœur sont moins tumultueux, le pouls est à 100 par minute. Le malade entend la voix du médecin qui l'hypnotise et l'oblige à répondre sur différents points de sa vie. Les réactions violentes disparaissent le soir même. La nuit est assez tranquille.

6 avril. — Malade assez calme. Il converse avec sa femme qu'il croit entendre, il implore son pardon à genoux, et promet de racheter ses fautes par une conduite exemplaire.

Pouls 100. Température axillaire 37°7.

Pas de chloral.

7 avril. — Le malade n'a pas dormi et a eu à nouveau des cauchemars avec agitation réactionnelle assez intense. Le matin nous le trouvons dans un état très marqué d'agitation anxieuse, le pouls est à 120. Il demande un poignard

pour se le plonger dans le cœur. Il entend la voix de sa femme, dit qu'on le fait entrer dans une maison de prostitution, prétend qu'elle est la maîtresse du médecin. A un moment donné son anxiété redouble parce qu'il vient d'apprendre qu'il est condamné à mourir sur l'échafaud... En même temps tremblement généralisé et très intense, sudation abondante surtout à la face.

En présence de cette hyperexcitation motrice et psychosensorielle qui coïncide avec la cessation de toute dose de chloral, nous décidons de traiter le malade par la déchloralisation progressive, renonçant à la méthode par suppression brusque.

La dose de chloral administrée quotidiennement a été de 4 gr. pendant les quatre premiers jours, et de 2 gr. durant les huit jours suivants, après quoi, suppression totale du médicament. Cette méthode de « suppression rapide » a donné ici les meilleurs résultats, puisque nous avons pu éviter l'apparition d'un nouvel accès de délirium tremens (a potu suspenso) et guéri la chloromanie sans incident grave.

Au deuxième jour du traitement (chloral 4 gr.) il y eut quelques tendances syncopales qui furent utilement combattues par le repos au lit et par des injections hypodermiques de caféine et de sulfate de spartéine. A partir de ce moment, ce dernier médicament fut seul prescrit chaque jour en injection hypodermique à doses croissantes (5 centgr. à 15 centgr.) au fur et à mesure qu'on avançait vers la déchloralisation totale. Pendant ce traitement température 37°2, pouls 100.

Cette suppression progressive fut seulement accompagnée de rêvasseries hallucinatoires, avec conscience de la nature pathologique de ces troubles, mais sans réaction motrice appréciable.

Le 20 avril, suppression définitive du chloral. Cette suppression fut admirablement supportée, puisque le malade refusa de garder le lit ce jour-là et présenta les meilleures dispositions morales sans poussées hallucinatoires. Par me-

sure de prudence nous continuâmes pendant la convalescence les injections de sulfate de spartéine à doses faibles (14 centgr.) avec administration deux fois par jour de café noir concentré; en même temps suralimentation, exercice physique modéré, hydrothérapie froide de courte durée et chaque soit prise d'un cachet de 75 centgr. de véronal. Au bout d'un mois de ce régime, Paul H... sortait du service par guérison, avec un état général des plus satisfaisants.

Chez ce malade, l'intoxication chloralique est survenue sur un terrain favorable à l'éclosion des troubles mentaux. Les troubles psychosensoriels ont rappelé à s'y méprendre ceux de l'alcoolisme : accès delirium tremens (a potu suspenso), coma de l'ivresse, délire hallucinatoire avec idée de persécution et de jalousie survenant à titre épisodique. Le sujet a présenté aussi « un syndrome paralytique fugace ». Ces divers symptômes feraient songer à un délire alcoolique : il s'agit bien d'un délire chloralique, non pas d'un délire alcoolique.

2° *Kalmidor.*

OBSERVATION IV

(E. TOULOUSE, R. DUPOUY et J. PICARD)
(Résumée).

T... Aurélie, âgée de 44 ans entre pour la seconde fois à l'hôpital Henri Rousselle, le 10 janvier 1928 pour un état psychopathique aigu d'origine toxicomaniaque. La première fois elle était venue pour intoxication par le véronal. Dix-sept ans auparavant elle avait été morphinomane durant deux ans. En février 1927 elle a renoncé à prendre du véronal à la suite d'une discussion familiale. C'était une femme active de caractère assez égal sobre quoique cuisinière, mais manifestant une certaine intolérance à la contra-

diction. Antécédents personnels : Réglée à 24 ans. Opérée en 1920 pour rétroversion utérine. A un fils de 6 ans 1/2 bien portant.

En 1927, elle a absorbé cinq flacons de véronal en cinq jours et ne s'est pas alimentée durant ce temps. On a constaté un sommeil profond avec myosis, ralentissement cardiaque et respiratoire sans apnée, pouls petit et arythmique. A son réveil trois jours après elle se montre boudeuse et persiste dans ses restrictions alimentaires. Les réflexes rotuliens et achilléens sont faibles, les pupillaires normaux.

Un mois après, elle rentrait chez elle, négligeait son ménage, sa tenue, se plaignait d'insomnie pour pouvoir se droguer, reprochait aux siens de ne pas rapporter assez d'argent à la maison. Elle ne manifestait aucune habitude alcoolique. Pourtant chaque jour elle prenait un flacon de 250 gr. de kalmidor dont la composition est la suivante :

Chloral	} à 12 gr.50
Bromure de potassium	
Extrait de jusquiame	0 gr. 25
Extrait de chanvre indien	0 gr. 60
Sirop d'écorce d'orange amère	250 gr.

Chaque fois elle allait chercher un flacon chez le pharmacien et à minuit, il était vide. Comme les siens essayèrent de l'en empêcher, elle buvait du pétrole et de l'essence. Elle présente alors des tremblements généralisés et des sensations de froid avec claquement de dents. Puis, brusquement, survient un état aigu caractérisé par des hallucinations visuelles à prédominance nocturne. Elle voyait le soir des plantes vertes ou des fleurs jaunes, rouges et bleues qu'elle faisait mine de cueillir, les présentant tenues entre ses doigts et disant à son mari : « Tiens regarde comme elles sont belles ». Elle vit son mari et son enfant déguisés dans des costumes bariolés. Elle vit également des chinois et des vieillards dans sa cuisine, elle rêva qu'elle avait 12 enfants jumeaux.

A son entrée à l'examen, elle s'est montrée désorientée,

dysmnésique, anxieuse, présentant par intervalles un état de delirium tremens avec soubresauts musculaires. On constate un état d'épuisement marqué, les traits tirés, la face couverte de sueurs. Elle tient des propos incohérents, elle voit des fleurs, des perles, des tapis orientaux, elle cueille des roses, elle considère son onirisme lorsqu'on le lui demande comme très agréable et ne tarit pas d'admiration. Parfois elle assiste à un défilé rapide, de personnages lilliputiens de nuances brillantes, elle voit et sent des chiens et des animaux divers qui lui rongent les pieds.

L'examen montre une exagération de réflexes tendineux et patellaires et outre un peu de tachycardie sans dyspnée, une légère hypotension artérielle, des pupilles légèrement mydriatiques. L'état général s'aggrave, un état confusionnel apparaît avec égarement, réponse à côté, insomnie, loquacité, mal cohérent, gesticulation dans le vide, avec un état d'anxiété, avec pleurnicherie, cris, appels au secours, craintivité et d'idée de persécution et d'empoisonnement frustes et mal coordonnés.

Les examens rendent à cette période une légère insuffisance hépatique avec subictère, avec présence d'urobiline, de bilirubine et de corps acétoniques dans les urines. Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien sont négatives.

De même que dans l'observation précédente, nous sommes en présence ici d'un delirium tremens vraisemblablement d'origine chloralique assimilable à ceux déjà décrits et caractérisés par une trémulation intense avec onirisme continu. Cet état de confusion mentale s'accompagnait de polynévrite avec abolition des réflexes patellaires et légère amyotrophie des membres inférieurs. Quoique ressemblant à un délire et à une polynévrite alcoolique, ce delirium n'est pas d'origine éthylique.

D. RAYONS X.

Ce sont des cas rares et peu d'observations ont été publiées sur les confusions mentales oniriques dues aux rayons X.

OBSERVATION V

M. G. NAUDASCHER.

V... Marie, marchande de quatre saisons, âgée de 77 ans, est entrée à l'asile de Moisselles le 20 février 1924, correcte dans son attitude et dans sa tenue. Elle a répondu volontiers à toutes nos questions et nous a paru parfaitement orientée. Après une congestion cérébrale, occasionnée, dit-elle, par le froid, elle a été soignée à l'hôpital de la Charité, puis à Sainte Anne et enfin elle a été amenée en automobile à l'asile de Moisselles.

A l'exception d'une légère diminution de la mémoire, V... Marie, ne présente aucun affaissement notable des facultés intellectuelles, elle exécute rapidement et exactement plusieurs petits problèmes élémentaires, elle apprécie justement le caractère spécial des maladies traitées à l'asile, elle ne manifeste aucune idée délirante, ni aucun trouble psychosensoriel.

Au point de vue physique, la malade est une femme de petite taille dont l'état général est relativement satisfaisant et qui paraît encore vive et alerte malgré son grand âge. Les pupilles sont égales et réagissent bien, la langue ne présente aucun tremblement, les réflexes tendineux et cutanés sont conservés. On ne constate aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. Les bruits du cœur sont un peu sourds, les artères sont dures, le pouls (100) est rapide, mais régulier, la pression artérielle (au Vaquez) est exagérée : $Mx = 21$. $Mn = 13$. Les poumons sont en assez bon état, avec cependant un peu de catarrhe bronchique du côté droit. L'appareil digestif fonctionne assez bien malgré une mau-

vaïse dentition. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Cependant, si on interroge la malade sur les circonstances qui ont nécessité un traitement à l'hôpital et à l'asile, on est frappé du caractère particulièrement vague de ses réponses. Elle se rappelle avoir eu des ventouses, mais elle ne peut dire qui les avait posées, car elle était trop malade. Elle entendait tout, dit-elle, mais elle ne pouvait parler. Il est également impossible de lui faire préciser la date de son entrée à l'hôpital, elle sait cependant que c'est après le terme de janvier, parce qu'elle a une quittance de loyer.

D'après les renseignements fournis par une voisine qui l'a assistée et soignée, V... Marie était complètement égarée et ne reconnaissait personne depuis plusieurs jours, il a fallu la conduire à l'hôpital le 25 janvier dernier parce qu'elle était trop agitée et ne pouvait rester seule dans sa chambre.

La période confusionnelle semble donc avoir débuté brusquement quelques jours avant le 25 janvier, la malade ne peut donner aucun renseignement sur son entrée à l'hôpital, elle se rappelle seulement qu'il n'y avait pas d'infirmières, mais de petites ouvrières, des midinettes qui faisaient des poupées. Elle prétend qu'elle n'a pas été soignée et qu'elle est restée plusieurs jours sur une chaise longue sans se déshabiller, puis un Monsieur grand et brun l'a emmenée dans son automobile à la maison Renaud.

En réalité, elle est restée deux jours seulement à l'hôpital et le certificat de placement de l'Asile Clinique mentionne « troubles mentaux avec agitation ».

Tandis qu'elle a complètement oublié les circonstances réelles de son séjour à l'hôpital, elle a conservé le souvenir de la période onirique qu'elle décrit toujours dans les mêmes termes.

Cette maison Renaud dont elle parle est située tout près de son domicile, au coin de la rue Coquillière et de la rue du Coq Héron. C'est un mauvais lieu où les femmes vont gagner de l'argent. Il y en avait beaucoup dans une grande

salle, elles étaient habillées de divers costumes avec des papillons d'argent ou de métal blanc sur leur corsage, parmi elles, une femme de son pays a déclaré qu'elle n'était pas contente parce qu'elle ne gagnait pas assez d'argent. Cette femme est un peu plus jeune qu'elle, du reste, il faut bien dire la vérité, elles étaient toutes d'un certain âge ».

Elle ne se rend pas compte du temps qu'elle a passé dans cette maison, elle assure qu'elle ne s'est pas déshabillée et qu'elle n'a pas dormi, du reste, elle ne se sentait pas en sûreté, car on a voulu la conduire à un homme, elle s'est défendue et a crié au secours. Elle a dû assister à des scènes abominables. De nombreux pantins représentant des hommes et des femmes faisaient devant elle des choses indécentes et ensuite ils disaient : « ça a réussi ou ça n'a pas réussi ». Ces pantins et ces poupées étaient extrêmement nombreux. Tous parlaient et remuaient comme de véritables personnes, la plupart avaient à peine 50 cm. de hauteur, mais il y en avait aussi de plus grands. Tous étaient habillés d'une façon uniforme avec une étoffe grise. Les femmes les prenaient en les tenant par la main comme des enfants et de temps en temps « ce qui n'est pas pour papa, maman, contre moi, il n'en faut pas ». Elle ne comprend pas ce que cela veut dire, elle était inquiète et craignait toujours qu'on l'obligeât à « imiter ces femmes qui venaient pour gagner de l'argent en faisant des orgies avec ces pantins.

Habituellement, tous ces personnages lilliputiens étaient bavards et remuants, quelques-uns cependant paraissaient muets, ils étaient accrochés à un « grand machin » qui tournait comme un manège de chevaux de bois, l'appareil ayant pris feu, tous ces pantins qui brûlaient sans rien dire, un seul un peu plus grand criait ah ! ah !

Enfin, le cauchemar s'est terminé lorsqu'elle a été conduite à l'étage supérieur dans la salle Sainte Anne. Là au moins elle ne voyait plus tous ces hommes, il y avait des lits communs à Moisselles et de vraies infirmières avec des blouses blanches.

Comme dans le rêve, elle conserve le souvenir des scènes

auxquelles elle croit réellement avoir assisté, qu'elle raconte toujours de la même façon, mais qu'elle localise mal dans le temps et dans l'espace. Elle ne peut s'expliquer comment, en montant simplement un étage, elle a pu passer de la maison Renaud rue Coquillière près de son domicile à l'asile Ste Anne qu'elle sait situé près de la prison de la Santé; elle s'irrite à notre étonnement en affirmant qu'elle n'a pas rêvé et que si cela avait continué, elle se serait précipitée par une fenêtre.

Depuis qu'elle a été à Sainte Anne, elle n'a rien remarqué d'anormal, les infirmières étaient pleines de prévenances; l'une d'elles portait des lunettes et paraissait être la surveillante, elle n'a pu comprendre leurs noms parce qu'elle est un peu sourde. Elle a été visitée par une amie, Mlle G..., à qui elle a raconté à peu près dans les mêmes termes, ce qu'elle avait dû subir et aussi sa satisfaction d'être enfin tranquille, elle insistait seulement pour sortir et reprendre au plus vite sa petite voiture, car autour d'elle il y a des folles qui crient et l'empêchent de dormir.

Il s'agit bien d'un épisode confusionnel, en effet, à l'exception du souvenir des scènes oniriques, la malade présente une amnésie complète de tout ce qui s'est passé depuis son départ pour l'hôpital jusqu'à son entrée à l'asile Clinique.

D'après les renseignements recueillis auprès de la personne qui est allée la visiter à l'hôpital et à Ste Anne, la période confusionnelle n'a duré que quelques jours, du 24 au 31 janvier environ, du reste le certificat immédiat du service de l'admission en date du 29 janvier signale seulement « léger affaiblissement des facultés intellectuelles, troubles du caractère, aucun délire apparent.

Nous avons ici un cas d'onirisme caractérisé par un délire hallucinatoire visuel, celui-ci est en général d'origine toxique; or, ici cette origine toxique ne saurait être incriminée, car on ne trouve aucun signe révélateur d'habi-

tudes d'intempérance. Par contre, cette malade avait un petit épithélioma ulcéré de la région frontale supérieure et médiane cicatrisé depuis un mois à peine à la suite d'une brûlure par les rayons X et ses troubles mentaux ont paru pouvoir être mis sur le compte des altérations cérébrales passagères, provoquées par la radiothérapie. Tout en faisant les plus expresses réserves sur une telle pathogénie, nous retiendrons seulement ici, encore, la possibilité de troubles mentaux pseudo-alcooliques, à l'exclusion de tout appoint tonique de ce type.

B) DÉLIRES POST-TRAUMATIQUES.

OBSERVATION VI

(D^r MASQUIN).

P. René, 22 ans, entré à l'hôpital Henri Rousselle, le 19 avril 1930. Il n'a pu être conservé en raison de son agitation à l'hôpital Broussais, où on l'avait hospitalisé pour tentative de suicide (plaie profonde du poignet gauche par coup de rasoir).

Sujet normal jusqu'à l'âge de 19 ans. Il fait alors une chute du deuxième étage. Fracture du rocher. Graves modifications du caractère, instabilité, colère. Apparition trois mois après la chute de crises épileptiques généralisées qui se répétèrent tous les quinze jours environ. En outre, état dépressif en partie légitimé par les troubles subjectifs consécutifs au traumatisme et surtout par les crises comitiales. Plusieurs tentatives de suicide, au cours d'épisodes confusionnels. Pas d'éthylisme. Pas de syphilis dans les antécédents. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Dès l'entrée état fébrile conditionné par une congestion pulmonaire bilatérale. Grandes oscillations thermiques (39°-41°). Mauvais état général. Torpeur. Obnubilation intellec-

tuelle. Bientôt, état confusionnel très marqué avec agitation motrice : turbulence, surtout nocturne. Onirisme. Désorientation partielle dans le temps et dans le lieu. Aucun signe neurologique.

Urines : 0,33 d'albumine. Azotémie : 0,48. La ponction lombaire n'a pu être pratiquée en raison de la gravité de l'état général et de l'agitation du malade.

Légère amélioration vers le 25 avril. Mais deux jours après, l'état général s'aggrave à nouveau, le malade retombe dans sa torpeur. Apparition d'idées délirantes, de persécution et hypocondriaques, sans systématisation. Oppositions aux soins, prétend qu'on veut l'empoisonner avec la piqûre. Gâtisme. La confusion devient de plus en plus complète, propos incohérents. Affaiblissement progressif; nouvelles poussées thermiques (40°). Apparition du coma le 6, au matin. Décès dans la nuit du 6 au 7.

Au total, ce malade présente un délire confusionnel avec onirisme, à la suite d'un traumatisme crânien. Cas banal, dont il n'était pas inutile, croyons-nous de rappeler la réalité.

C. CONCLUSION.

On voit que pour l'ensemble de ces observations, le *delirium tremens* peut être causé par des intoxications diverses, exclusives de tout alcoolisme certain.

II. ETATS CONFUSIONNELS SIMULANT L'ACCOOLISME SUBAIGU

A. ETATS CONFUSIONNELS SYMPTOMATIQUES DE PARALYSIE GÉNÉRALE.

Ce sont des cas très fréquents. Récemment, dans un article d'ensemble sur les formes cliniques de la paralysie générale, MM. Dupouy et Dublineau rappelaient leur importance. Seule la ponction lombaire met alors, en évidence, une formule de la paralysie générale et permet de rapporter à leur véritable cause les troubles constatés. Divers auteurs, Targowla, en particulier, ont insisté sur l'aspect de la paralysie générale avec troubles hépatiques pouvant simuler l'alcoolisme.

OBSERVATION VII (L. LIVET)

(Résumée)

Mme M... Blanche, âgée de 53 ans, contracta, il y a vingt ans, une syphilis conjugale indubitable. Elle avait eu auparavant deux enfants; depuis, elle ne présente ni grossesse, ni fausse couche. Son mari, paralytique général et alcoolique, mourut après deux ictus.

Actuellement, les signes de la méningo-encéphalite diffuse sont incontestables. Les pupilles sont en myosis et inégales. Elles présentent le signe d'Argyll-Robertson. On constate des tremblements de la langue et des doigts, de l'exaltation des réflexes tendineux et un gros embarras de la parole. Ptosis

double léger, une plaque de leucoplasie, à la joue gauche des traces d'acarirose, des hémoroïdes et une bromhydrose repoussante.

L'examen psychique révèle un onirisme délirant, un affaiblissement global, de la désorientation, des erreurs de vocabulaire, sensiblerie, pleurs, négligence de la tenue, mauvaise humeur habituelle.

La malade habitait le Maroc où elle tenait une parfumerie. Elle eut une attaque avec hémiplegie droite et aphasie transitoire. Depuis, elle eut deux ou trois attaques analogues avec monoplegie brachiale droite. Elle fut obligée de vendre son commerce, car elle ne pouvait plus écrire, elle souffrait d'une amblyopie très intense, avait des cauchemars terrifiants dont elle gardait la conviction durant la journée.

Il y a quatre mois se trouvant à Casablanca, elle vit une nuit, des gens qui venaient la regarder à la porte, quand elle s'approchait, ils n'y étaient plus. « J'ai vu, dit-elle, une dame avec sa robe et une ombrelle, j'ai vu un grand soldat couché sur une chaise longue, et puis deux chats ».

« Une autre fois, j'étais couchée. Des dames sont venues et se sont mises à danser, mais vous savez, je n'ai pas été émotionnée. Le lendemain, je l'ai dit au médecin et il m'a fait venir à Paris ».

Les idées délirantes sont un mélange complexe de réalité et d'imagination, d'autres participent plutôt du domaine de l'illusion, d'autres enfin sont entièrement imaginatives.

An début, la malade pouvait rectifier, emprunter ces idées. Les visions avaient lieu surtout la nuit ou dans la période du matin qui suit le réveil, mais la conviction laissait parfois place au doute. Il arrivait encore à la malade de faire appel au témoignage de personnes qui l'entouraient pour rectifier ses troubles sensoriels. Actuellement ces essais de rectification ne sont même plus tentés par la malade.

Nos visites la trouvent en plein onirisme, la figure souriante, l'expression amusée et intéressée, le regard fixé par ses lucidités.

Des figures de toutes sortes viennent lui rendre visite. Un

jour ce sont trois jeunes filles et un homme barbu qui a une tête de chien. L'autre nuit un vieillard lui dit qu'elle était la plus belle femme du monde.

Les visions presque toujours ont pour siège le coin de la chambre situé au-dessus de la fenêtre. Un jour elle plaça un parapluie au-dessus de sa toilette pour permettre aux bonshommes du plafond de descendre plus facilement.

Cet état d'onirisme délirant et hallucinatoire se complète par quelques troubles de la sensibilité cœnesthésique. La malade croit avoir sous la peau des fils ou des cheveux qu'elle fait le geste avec ses ongles de retirer de ses doigts ou de ses mains. Elle s'imagine, aussi, être déplacée dans l'espace. Elle croit qu'on transporte son lit d'une extrémité à l'autre de la maison, qu'on l'emmène en voiture.

Au total, chez cette malade l'onirisme est prépondérant (forme onirique de la paralysie générale).

Ces formes étudiées par Raymond et Sérieux, Séglas, Régis et Lalanne, etc., sont d'ailleurs bien connues aujourd'hui. Nous insistons seulement sur l'absence d'alcoolisme dans les antécédents des malades. D'ailleurs, dans un travail récent de *Truelle et Casalis*, on trouve des exemples de délire onirique chez des paralysies générales traitées, qui relèvent d'un état exclusivement hépatique, exclusif de tout appoint alcoolique antérieur.

OBSERVATION VIII

C. J. URECHIA.

Sad. Samuel, âgé de 53 ans, aucune tare nerveuse dans la famille. Coureur et fumeur passionné. La maladie a commencé, quatre années auparavant, par une légère agitation maniaque jusqu'à l'internement habituel. Il y a eu quatre bouffées confusionnelles, qui ont duré de dix jours à un mois.

Dans les derniers temps : symptômes paralytiques qui ont déterminé l'internement dans notre clinique.

Examen physique : pupille avec contour irrégulier et signe d'Argyll-Robertson, légère aortite; dans le reste rien d'anormal.

Examen psychique : démence commençante, sans troubles délirants ou euphorie.

Dans ce cas, l'alcoolisme est absent et on ne trouve aucune cause pouvant expliquer les bouffées.

OBSERVATION IX (personnelle).

Mme C..., 37 ans.

Certificat d'entrée :

Etat confusionnel. Anxiété. Dysmnésie. Désorientation. Méfiance de l'entourage. Sursauts. Est tombée hier dans la rue. Divaguait. Souvenirs très imparfaits de cette scène. Ici, agitation, résistance, peurs, gros tremblements. Ethylisme très probable. Pouls : 120. Aurait eu une méningite à l'âge de 7 ans ? Ne serait pas sujette à des crises de nerfs. Pas de mouvement de la langue. plaie frontale, suite d'une chute récente. Ne peut raconter les circonstances, ni de l'accident, ni du traitement.

Le 1^{er} août 1931.

D^r Logre.

Certificat immédiat, août 1931.

Anxiété. Dysmnésie. Désorientation partielle. Tremblement des doigts. Faciès d'éthylisme chronique. Trauma récent. Plaie frontale. Tachycardie. Ethylisme nié.

D^r Migault.

Certificat de quinzaine, 4 août 1931.

Paralysie générale décelée par les réactions humores. Résolution de l'épisode confusionnel post-traumatique. Résidus dysmnésiques. Ethylisme émotif. Pas de dysarthrie, pupille paresseuse, minimum de signes mentaux. Réactions humores positives. A maintenir.

D^r Migault.

Histoire de la maladie. — La malade est amenée à l'Asile Clinique pour état confusionnel survenu à la suite d'un accident sur la voie publique. Le 10 août 1931, arrivant de Bretagne pour se placer chez des particuliers, elle est entrée dans un café pour déposer ses bagages, où elle a pris un café nature. De là, elle est allée chez une comtesse. Ne l'ayant pas trouvée, elle s'est rendue dans un bureau de placement, et c'est en sortant de ce bureau qu'elle fut renversée par un taxi. Elle fut relevée, avec une plaie de la région frontale, qu'un pharmacien, chez qui elle fut conduite, agrafa. Présentant à la suite de cet accident des troubles mentaux, elle fut transportée à l'Asile Clinique.

Etat mental à l'entrée. — A son entrée dans le service, elle était dans un état de confusion et de désorientation paradoxale. Elle était dysmnésique, anxieuse. Elle s'agitait, pleurait, et n'avait qu'un souvenir imparfait de l'accident. Interrogée sur son passé, elle ne peut donner des renseignements précis, ni orientés. Elle répétait d'une manière stéréotypée que c'est en cherchant du travail que l'accident est arrivé. Elle répond aux questions avec une légère hésitation, sur un ton uni; sans relief, un peu chantonnant et résigné.

Signes physiques. — Tremblement des doigts. Pas de douleur appréciable à la pression musculaire. Pupilles égales, un peu irrégulières, réagissant assez paresseusement. Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux.

Antécédents personnels. — On ne note qu'une rougeole à l'âge de 8 ans. Elle s'est mariée en 1912 et a eu deux enfants : une fille et un garçon, respectivement âgés de 12 et 10 ans, tous deux, bien portants. Pas de fausse couche. Durant la guerre, comme femme de mécanicien dentiste, elle travailla au centre dentaire de Nantes.

Deux ans, environ, après la guerre, son mari l'abandonna avec ses enfants. Elle fait des démarches infructueuses pour le retrouver.

Recherche de l'éthylisme. — La malade boit du cidre à chaque repas et quelquefois du vin rouge, mais en petites

quantités et d'une façon normale. Quand elle allaitait sa fillette, elle buvait de la bière, comme cela lui avait été conseillé, mais en quantité modérée.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 39 ans, d'une fluxion de poitrine.

Mère âgée de 60 ans, vivante et bien portante.

Examen biologique : La ponction lombaire a donné : Albumine 0,60. Pandy : + + +. Cytologie : 70 éléments par mm³. Wassermann : positif. Benjoin colloïdal : 01111. 02222. 20000.

Dans le sang : Wassermann positif.

Evolution. — Depuis son entrée, l'état confusionnel s'est amélioré. Elle est employée avec fruit, parmi les travailleuses du service. Docile, elle fait le ménage du dortoir, de la salle de cours, mais elle préférerait travailler pour subvenir aux besoins de sa fille.

Dans les semaines qui suivent, l'état mental s'est révélé assez déficient, sans exposivité délirante.

Durant la deuxième quinzaine de janvier 1932, elle paraît égarée, perdue, avec un minimum de réaction affective. Cette bouffée disparaît dans les jours suivants.

A l'heure actuelle (mai 1933), la malade traitée par stovarsol et malariathérapie, se porte bien, présentant une légère monotonie de la parole. La mémoire est bonne.

Au total, cette malade a présenté une bouffée confusionnelle, consécutive à un traumatisme crânien avec désorientation, amnésie, agitation et tremblement qui ont fait songer à la possibilité d'une poussée subaiguë, sur fond d'éthylisme chronique. Mais l'évolution ultérieure et les examens humoraux ont montré qu'il s'agissait d'une paralysie générale.

S'agissait-il bien d'une paralysie générale arrosée ? Nous avons soigneusement interrogé cette malade, au point de vue de ses habitudes éthyliques. Au point de vue pro-

fessionnel, rien ne la prédisposait à ces habitudes : elle est restée longtemps sans travailler, ne s'est mise à travailler, que lorsqu'elle a été abandonnée par son mari, et pour subvenir aux besoins de ses enfants. Rien ne nous permet de mettre en doute les renseignements qu'elle nous donne sur sa tempérance. Certes, il nous a manqué les recoupements de l'entourage. Mais tout en reconnaissant le caractère incomplet de nos informations, nous pensons que chez cette femme, l'éthylisme ne saurait être mis en cause. Nous ne croyons pas davantage qu'il s'agisse d'une paralysie générale arrosée.

B. ETATS CONFUSIO-ANXIEUX.

OBSERVATION X

(Observation du Service de la Clinique).

M. B., 68 ans, peintre.

Certificat d'entrée, 27 mai 1932.

Hallucinations multiples depuis une huitaine de jours. Entend des individus assez nombreux qui parlent de lui, lui adressent des commandements, commentent ses attitudes, ses sentiments. Ils lui envoient des visions, lui font voir des plans, des « orgies », le forcent à s'habiller et à se déshabiller, lui font respirer des gaz, etc... Ils écoutent tout, même sa pensée. On l'hypnotise. Anxiété, peur d'être tué. On annonce la mort des siens. Instabilité motrice. Craignait cette nuit un éboulement. Tremblement des doigts. Affaïssement. Orientation assez bonne. S'est agité à domicile. Pâleur, serait troublé depuis une huitaine de jours seulement.

D^r Logre.

Certificat immédiat, 28 mai 1931.

A présenté une bouffée confusionnelle, avec onirisme. Voix sous le sol : le commandant, le dirigeant, conversant

avec lui. Influences, visions cinématographiques, anxiété, crainte de mort, d'éboulement. Agitation par intervalles. Début brusque, il y a 8 jours. Confusion, anxiété, phénomènes hallucinatoires de type alcoolique. Pâleur, myosis. P. M. : 22; Pm : 10. A observer.

D^r Leguillant.

Certificat de quinzaine, 10 juin 1932.

Bouffées anxieuses et oniriques nocturnes, ébauches délirantes consécutives. A plusieurs reprises, retour complet à la lucidité diurne et reprises vespérales. Origine éthylique incertaine. P M : 22. Pm : 10. Urée sanguine : 0,36. A maintenir.

D^r Leguillant.

Ce malade a été présenté par le professeur Claude dans une de ses cliniques du Samedi en juin 1932. Il est entré dans le service pour confusions, hallucinations, tristesse, délire onirique. Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels; nous savons seulement qu'il est tombé sept fois depuis son enfance, une fois, a fait une chute de douze mètres sur le pavé. Il a perdu connaissance, mais n'aurait pas eu de fracture du crâne.

Histoire de la maladie. — Le début des troubles remonte à huit jours; il est survenu brusquement, d'après les renseignements de l'entourage. Il voyait des « tas de choses » devant lui, les ramassant avec du papier, les enveloppait, les brûlait, les jetait à l'eau. Il vivait dans la crainte d'une catastrophe. Il se plaint d'entendre dans ses oreilles tous les mots qu'il lisait dans le journal.

Les réactions sanguine et rachidienne sont négatives.

L'examen physique ne montrait rien de spécial à l'entrée.

Evolution. — Après une amélioration rapide des troubles dans le service, cet homme a présenté à diverses époques de nouvelles bouffées confusionnelles avec onirisme.

8 juin 1932. — Depuis quelque temps, il se couchait sous son lit, car il avait entendu des bruits dans la cour et une douzaine de personnes criaient : « Arrêtez-le ! Arrêtez-le ! on va le tuer ». Toutes ces personnes en voulaient au di-

recteur qu'il connaissait bien, et qui portait des lunettes jaunes.

Mais il eut peur qu'on vienne l'assommer et c'est pourquoi, il se mit sous son lit.

De plus, il affirme que quelqu'un, qu'il ne veut pas nommer, lui a dit que P... était sorti à sa place, il y a quinze jours, d'ailleurs on lui a dit que Prost lui ressemblait.

Il entend des voix qui le commandent, lui parlent, commentent sa pensée.

A l'examen, on note le tremblement des extrémités.

19 octobre 1932. — Le malade a des hallucinations psychosensorielles; il voit défiler une succession rapide d'images. Il voit des êtres menaçants, des brigands calabrais. Il sent l'emprise d'une force qui le commande et à laquelle il ne peut résister.

Il dit qu'il ne buvait pas du tout.

23 décembre. — Il raconte que vers le 26 juin, étant couché, il eut une grande peur. Durant cette nuit, il ne pût trouver son sommeil. Il entendait, sans cesse, des bruits; particulièrement de la musique d'orphéon, et il voyait toutes sortes de scènes animées, passer devant ses yeux, comme des « photographies ». Il avait un peu mal à la tête. Vers le matin, il entendit une voix qui lui disait : « On va lancer une bombe... on a fait écrouler la maison... on va prendre ta femme ». Il eut peur, prit tout son argent et va au poste de police voisin. Il était 8 h. 1/2. Là, on lui dit : « On voit ce que c'est », et on l'a emmené au dépôt. Puis là, il ne se souvient plus de rien, et il s'est retrouvé ici sans se rappeler y être entré. Il se rappelle, simplement, avoir pris un pain, au rez-de-chaussée et avoir vu des fleurs dans le jardin.

En même temps, il croyait voir des mitrailleuses dans les arbres et il se cachait derrière son lit.

Actuellement, il se sent très bien, dit ne plus avoir de chimères dans le cerveau.

Le malade sort avec le certificat suivant, le 22 février 1932 :

Bouffées confusionnelles, actuellement disparues. Retour

au calme, à la critique. Bon état état général. Peut être rendu à sa femme qui le réclame.

D^r Masquin.

Recherche de l'éthylisme. — En présence d'un délire onirique si typique, il était naturel, semble-t-il, de rechercher d'emblée, l'éthylisme, chez ce sujet; et, c'est ce qui fait l'intérêt de ce cas et a motivé sa présentation par le Professeur Claude. Il n'a pas été possible de mettre, en évidence, des éléments certains d'éthylisme : à certains moments, il semble que cet homme, peintre en bâtiment, de son métier, ait bu, environ, un litre de vin par jour; à d'autres moments, il aurait bu du lait, sans cependant accuser de troubles digestifs. De temps en temps, il prenait un café arrosé. Pouvons-nous inférer de ces renseignements, qu'il s'agissait d'un délire éthylique ?

Nous estimons que les habitudes accusées sont ici encore insuffisantes pour conclure un diagnostic et nous concluons qu'il s'est agi chez lui d'une suite de bouffées délirantes à formes hallucinatoires, oniriques et anxieuses, peut-être, chez un sujet à l'état mental déficient, et chez lequel, peut-être aussi, existait un appoint d'ailleurs peu considérable.

C. CONCLUSION.

En résumé, ces divers malades présentent des symptômes de type alcoolique, mais l'évolution, l'interrogation, les examens montrent que ces symptômes ont une toute autre étiologie, et quelquefois, il est très difficile d'affirmer, et on reste dans l'incertitude : alcoolisme ou autre affection ?

III. DELIRES CHRONIQUES

Certains auteurs, en particulier, les auteurs allemands, considéraient, jadis, les délires chroniques, surtout de jalousie, comme étant exclusivement alcooliques. Les faits qui suivent montrent que cette notion ne saurait être acceptée. D'ailleurs, la conception du délire d'interprétation (Sérieux et Cappas), puis des délires passionnels (de Clérambault) faisait, à la suite des travaux antérieurs (thèse de Parant, en particulier) justice de ces appréciations. Aussi bien n'est-ce que pour mémoire que nous citerons ici une observation de délire de jalousie non éthylique. Les cas observés sont par leur nombre, de pratique courante.

OBSERVATION XI (Victor PARANT).

(Résumée)

P..., 45 ans, facteur ambulant des postes, a tenté de tuer sa femme. A onze ans, a eu la fièvre typhoïde. Il a exercé sa profession avec régularité exemplaire, quoique adressant à droite ou à gauche des réclamations injustifiées.

Il s'est marié, et durant quinze ans, il eut une vie conjugale très paisible. Depuis deux ans, son caractère a changé. Il paraissait comme étranger, devenait susceptible, orgueilleux et querelleur, méfiant vis-à-vis de sa femme; il ne lui donnait que juste l'argent nécessaire pour faire marcher le ménage; puis alla lui-même faire les provisions.

Sa femme attribua ce changement de caractère à des infidélités. Elle crut qu'il avait une maîtresse.

Lui, de son côté, s'était fait des idées identiques. Il lui sembla que sa femme avait complètement changé, qu'elle était devenue dépensière. Il l'attribue d'abord à sa belle-mère, puis à sa femme qui a des relations suspectes, ensuite à sa conduite, qu'elle a un amant, et il attribue à cette inconduite, les changements qu'il croit avoir remarqués en elle, changements imaginaires, car Mme P... n'a jamais cessé d'avoir une conduite irréprochable.

Les idées fausses qui avaient germé en lui prennent un caractère de fixité. Il en subit l'obsession. Ses collègues, ses amis trouvent qu'il est devenu agressif et brutal.

Les scènes de ménage étaient devenues fréquentes. P... se livrait à des actes de brutalité envers sa femme et même envers sa fille.

A partir du jour où il fut convaincu de la prétendue inconduite de sa femme, sa jalousie morbide créa les preuves de culpabilité. Il trouvait que sa femme sortait souvent et sans motif de la maison, il la trouvait fatiguée et l'attribuait à ce que sa femme venait de se livrer à son amant, et les scènes redoublaient de plus belle.

La situation devenant intolérable pour la malheureuse femme qu'elle pensa n'avoir rien de mieux à faire que de se séparer juridiquement de son mari.

Ce fut le dernier coup qui porta à son paroxysme le délire de P... Il ne manqua pas de croire que c'était l'amant supposé qui avait poussé sa femme à faire sa demande en séparation. Le mal s'accroissant, il eut non seulement des interprétations délirantes, mais encore des illusions de la vue.

Il épiait constamment sa femme, la suivait dans la rue. Un jour, l'ayant perdue de vue, il ne douta pas qu'elle ne fût allée à un rendez-vous adultère avec un amant. Un autre jour, qu'ils étaient sortis ensemble, ils croisèrent l'amant supposé et P... crut remarquer qu'ils avaient échangé un signe furtif.

Lorsque sa femme sortait, il allait visiter toutes les églises de la ville pour l'y chercher, et comme il ne l'y trouvait pas, il en concluait qu'elle devait être en mauvaise compagnie.

Sa femme sort un jour, il la suit, puis la perd de vue, et elle ne rentre que deux heures plus tard. Il en déduit qu'elle vient de louer une chambre dans le quartier pour les rendez-vous adultères. L'amant est d'ailleurs nominalement désigné par lui.

Le délire de P... est sujet à des paroxysmes. Mme P..., excédée des réponses et des violences de son mari, introduit une demande de séparation de corps, demande qui paraît être le point de départ de l'idée du crime.

Il écrit à son beau-père pour lui demander de venir ramener sa fille à ses devoirs conjugaux et familiaux.

Son service oblige P... à se rendre à Port Vendres. Depuis trois ou quatre nuits, il écrivait au lieu de dormir.

P... revient chez lui; ne se couche pas, ne dort pas, il écrit ses dernières volontés.

Au petit jour, il sort pour aller acheter un revolver. Il achète aussi un poignard. Il rentre chez lui, et hésite encore à frapper. Pendant toute la matinée il avait l'air très calme. En sortant de chez lui, il remet à sa femme une lettre où il lui dit qu'elle est une femme adultère et qu'il sait où se trouve sa chambre. Mme P... considère cette lettre comme une injure palpable qui lui sera un puissant argument en faveur de la séparation de corps qu'elle avait demandée. Elle se précipite alors hors de chez elle, pour la porter à son homme d'affaires. M. P... dit qu'il l'a suivie et vue porter la lettre chez son amant.

Il rentre chez lui vers onze heures. Sa femme l'y avait devancé et était devant la cheminée à préparer le déjeuner. Il tire aussitôt sur elle un coup de revolver, elle s'élance dehors, il l'atteint, et la frappe cinq fois de son poignard. La fille intervient, elle est aussi blessée par le poignard. Le beau-père qui était dans la maison se jette sur P... et le contient pendant que sa femme et sa fille parviennent à s'éloigner. P... tire encore de leur côté des coups de revolver; enfin, il s'en tire un à lui-même sans se blesser grièvement, et c'est alors qu'on le mit en état d'arrestation.

C'est dans un paroxysme que s'est produit le meurtre.

L'alcool n'a pas été étranger à l'impulsion. P... qui d'habitude est d'une grande sobriété avoue qu'il a pris le matin pour se soutenir, comme il se trouvait faible, la valeur d'un tiers d'eau de vie et de cognac. Il n'avait pas dormi depuis cinq nuits, ni mangé depuis 2 jours.

D'après les agents qui l'ont arrêté, il paraissait avoir perdu la mémoire de son acte. Il tenait des propos incohérents avec le commissaire, l'invitant à se rafraîchir et ne se rappelant le meurtre qu'après réflexion.

P... passe quelques jours à l'hôpital. Il tente de se suicider. Devenant plus calme et après guérison de la blessure, il fut transféré à la maison d'arrêt. Là, comme à l'hôpital, il a continué à écrire ainsi qu'il le faisait avant l'attentat, manifestant même des idées délirantes. Il a appris que sa femme s'est retirée à la campagne; il écrit au juge d'instruction pour lui recommander de surveiller la correspondance qui pourrait s'établir entre elle et son amant.

Ce malade présente un délire de jalousie durant depuis deux ans, avec *illusions visuelles*, sans habitudes éthyliques antérieurs; c'est seulement, avant de tenter de tuer ses proches parents et pour se donner du courage qu'il avait bu de l'eau-de-vie et du cognac. A la suite de cet état paroxystique, il tient des propos incohérents. Compte tenu de cet épisode, le délire chronique de jalousie chez lui constant n'est qu'une manifestation de la constitution paranoïaque du sujet.

OBSERVATION XII

(*Observation du service de la Clinique*).

L... Jean, 42 ans, est entré avec le certificat suivant, le 8 novembre 1932 :

Délire hallucinatoire avec idées de persécutions et de grandeur. A remarqué que la police le suivait depuis des

années, on lui parle en mal, ou en bien; on l'instruit, on raconte qu'il est le roi de France. Un client lui a demandé de le conduire à l'Eglise, on lui a fait signer des papiers. C'était une acceptation de la royauté sans qu'il le sache. Jalousie : sa femme le trompe avec son neveu. Velléité d'homicide sur lui. Menaces à sa femme. Période anxieuse, avec fugue panaphobique. Appelle au secours, croit qu'on veut le tuer. Débilité mentale. Réflexes tendineux vifs. Inégalité pupillaire légère (gauche plus grande). Alcoolisme nié. Bordet-Wassermann négatif.

Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,60, glob. 1/1, leuc. : 0,4. Benjoin 00000, 22222, 10000. Parégorique 11.1. Bordet-Wassermann négatif. Meinicke partiellement plus. L'état mental de M. L... rend nécessaire son placement dans un asile d'aliénés.

Signé : D^r Courtois.

Certificat immédiat. Du 10 mars 1931.

Idées délirantes de jalousie et de grandeur. Stupidité des thèmes. Dislocation (a refusé un million qu'on lui offrait pour coucher avec la fille du Kaiser. Le prince de Galles lui a offert le trône de Jésus).

Affaiblissement intellectuel et peut être débilité mentale. Inégalité pupillaire, réflexes rotuliens exagérés. Dissociation. Albumine cytologique. Aurait suivi un traitement par piqûre ? Nie tout éthylisme et syphilis.

Signé : D^r Masquin.

Certificat de quinzaine. Le 23 novembre 1932.

Idées délirantes de jalousie et de grandeur, laxité des associations, stupidité de thème, sentiment d'étrangeté. Auto-agitation à l'entrée avec onirisme nocturne, actuellement disparu. Débilité mentale.

Signé : D^r P. Masquin.

I) *Antécédents héréditaires.* — Père mort subitement de « congestion cérébrale » vers 62 ans. Corpulence robuste. Caractère jaloux et coléreux.

Mère morte (?) vers 62 ans.

Appartient à une famille de 9 enfants, dont deux tués à

la guerre et une fille morte vers 51 ans d'hypertension artérielle.

II) *Antécédents personnels*. — A toujours été en bonne santé. Ne s'est pas alité une seule fois en treize ans de ménage.

Depuis quelques temps avait des vomissements pituiteux (origine de ses idées d'empoisonnement) et des crampes douloureuses dans les jambes, la nuit.

III) *Histoire de la maladie*. — Début mai 1932. Un soir il rentre chez lui, accuse sa femme de le tromper, mais dix minutes après, reconnaît ses torts.

Sur ces entrefaits, il va avec sa femme, pour trois mois, à la campagne. Ce séjour était destiné à reposer sa femme des fatigues d'une opération récente (fibrôme, appendicite).

Pendant trois mois, le malade émet des idées de jalousie. Il maigrit, tout en mangeant bien. Il se plaint de frissons dans la tête.

Sa jalousie se manifeste d'une façon très particulière. Le plus souvent le malade étant au lit, il réveillait sa femme et lui disait : « Avec qui me trompes-tu ? », et il répétait cette phrase plusieurs fois de suite, en s'irritant peu à peu, mais sans colère explosive. A ce moment le visage était vultueux, 10 minutes après, la colère passée, il regrettait ses paroles. Même il s'effrayait de ce qu'il avait dit, et exprimait sa crainte de venir fou.

Rentré de la campagne le 1^{er} octobre, le malade craint de rentrer chez lui. Il dit : « Les gens vont dire : Voilà le fou qui rentre !! ». Il reprend son métier de chauffeur 8 jours. La femme le contraint alors de cesser tout travail. Lui-même se sentant dans son état normal.

A ce moment, nouveau symptôme. Il accuse sa femme de vouloir l'empoisonner (toujours sous la forme obsédante) et dans son esprit, il semble bien que ces idées d'empoisonnement se reliaient logiquement à celles de jalousie. Il disait notamment que le médecin (avec qui il soupçonnait sa femme de le tromper) allait aider à l'empoisonner. Peu après ses idées de persécution s'étendent : la nuit, il a des

illusions, il entend des pas dans l'escalier, on vient pour le tuer, un certain jour, il s'éveille brusquement et demande à sa femme pourquoi elle veut l'empoisonner, se lève soudain et passe par la fenêtre du premier étage. Puis il se met à courir en chemise dans la rue. Il est poursuivi et rattrapé par des amis. Il déclare, alors, qu'on voulait le tuer et tuer une autre personne et qu'il allait chercher un agent.

Ceci se passait le 30 octobre. C'est à cette occasion que sa femme l'amène à l'hôpital. Il est à noter que ces derniers propos traduisaient un peu d'incohérence. Il avait aussi depuis quelques temps, des idées de richesse, mais celles-ci s'alliaient aux idées de préjudice. Ainsi, il disait à sa femme qu'elle avait dilapidé 200.000 francs qu'il avait gagnés.

Au moment, où il fut amené ici, il fit reproche à sa femme de le mettre avec les fous et disait : « Si toi, tu étais comme moi, je t'aurais gardé ». Dans les dernières semaines, il ne se rappelait jamais ce qu'il avait fait la veille.

IV) *Examen physique.* — Les pupilles sont normales. Les réflexes tendineux vifs. Pas de tremblement.

V) *Examen biologique.* — Dans le liquide céphalo-rachidien :

Tension : 2,5 — Albumine : 0,50 — Réaction de Pandy : 0 — Cytologie : 1 par mm³ — Wassermann : négatif; Meinicke : négatif.

Dans le sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kohn : négatifs.

VI) *Evolution* : 15 novembre. — Aspect hostile et méfiant. Malade agité, toujours maintenu. Vagues idées mélancoliques. Il vaut mieux le tuer tout de suite, « douze balles dans la peau ». La nuit : onirisme terrifiant, on veut le tuer. Il voit des gens armés de fusils autour de son lit. Réticence en ce qui concerne ses idées délirantes. Ce n'est qu'à la longue qu'il avoue avoir reçu une proposition d'un million pour coucher avec la fille du Kaiser.

21 Novembre. — L'état du malade s'est beaucoup modifié. Depuis le 20, plus de délire onirique, sommeil bon.

Comportement à peu près normal pendant le jour. Quand on l'interroge, le malade répond avec assez de docilité et de bonne humeur, bien que parfois, il montre un peu de réticence, disant, par exemple : « Vous le savez mieux que moi, c'est dans mon dossier ». Toutefois, il importe de remarquer qu'il dit cette phrase sans aucune acrimonie.

Mis en présence de ce qui s'est passé, il dit : « Je devais être un peu fatigué; mais, maintenant, je suis tout à fait bien ». Au sujet de ses idées de grandeur, il dit : « Je l'ai peut-être bien rêvé ».

En somme, disparition complète du délire onirique, pas de signes de démence appréciables, ne reconnaît pas avoir été malade et ne convient pas de l'absurdité de son délire; peut-être réticent afin d'obtenir sa sortie.

Le malade sort avec le certificat suivant, le 20 décembre 1932 : Est amélioré des troubles qui ont motivé son admission et peut être rendu à sa femme qui s'engage à le reprendre et à le surveiller.

Signé : D^r P. Masquin.

Le malade nie tout éthylisme. D'autre part, des renseignements certains, puis auprès de sa femme et de son entourage ont confirmé, pleinement, l'absence absolue de toute intempérance chez lui. Des recoupements ont vérifiés ces renseignements. Or nous assistons, chez lui, à un délire de jalousie typique, sur lequel se greffent des raptus anxieux, avec défenestration qui simulent à s'y méprendre un délire alcoolique, auquel s'ajoutent pour compléter la vraisemblance au point de vue clinique, quelques vomissements et des crampes dans les mollets, et, au point de vue évolutif, une amélioration sensible, au bout de plusieurs semaines d'hospitalisation. Il faut noter par contre chez cet

homme le terrain spécial de débilité, qui, d'ailleurs, au point de vue social, ne l'avait pas empêché de parvenir à une honnête aisance. Peut-être ce terrain doit-il être rendu responsable des quelques idées de grandeur mentionnées au cours de la maladie.

IV. CAS MIXTES (FORMES SUSPECTES).

Nous classerons ici les cas où l'alcoolisme ne peut être nié, mais où cependant il ne paraît pas seul en cause.

A. CAS AIGUS.

OBSERVATION XIII

(Personnelle).

Mme V..., 31 ans, entre dans le service avec le certificat suivant : Torpeur confusionnelle, onirisme, attitudes catatoniques. Cette malade a fait plusieurs tentatives de suicide et encore ce matin, elle a absorbé plusieurs comprimés de gardénal. Elle présente, actuellement, un état d'engourdissement, avec somnolence due à cette intervention gardénalique. Crise d'épilepsie. Hérité comitiale paternelle, de suicide. Onirisme.

Paris, 13 février 1933.

D^r Tinel.

Certificat immédiat, le 14 février.

Est entrée hier dans un état de stupeur avec immobilité et semi-mutisme. Ce matin régression de l'état stuporeux, persistance d'une oblusion avec lenteur et difficulté des processus psychiques. Indifférence morne, orientation incertaine. Aurait fait d'après le certificat d'internement une tentative d'empoisonnement par le gardénal qui aurait entravé l'état dans lequel elle est entrée.

Dénégation de la maladie, mais avec des tentatives de suicide antérieures (défenestration). Disputes fréquentes avec

son mari, notamment au sujet de leurs enfants qu'elle a tendance à battre. Colère, bris d'objet.

Crises comitiales depuis 3 ans. Hérité comitiale. Plusieurs fausses couches. Réflexes rotuliens vifs, pas d'autres signes neurologiques.

A maintenir.

Signé : D^r H. Ey.

Certificat de quinzaine, 27 février 1931.

Etat confusionnel. Onirisme, phase de rêves. Souvenirs scéniques et dramatiques. Fabulation catastrophique sans grandes réactions, émotion (a tué ses enfants, on vient d'assommer une infirmière dans l'escalier). Obtusion. Réflexes ostéo-tendineux vifs. Léger tremblement des extrémités. Pupilles normales. Crises convulsives dans ces dernières années. L. C. R. : alb. 0,35, 6 éléments (prise de sang, B. W. négatif).

Benjoin 00000, 00220, 00000. Dans le sang B. W. Meinicke négatif. A maintenir.

D^r Ey.

La malade, couturière, entre dans le service dans un état de stupeur assez profonde et répond assez difficilement aux questions.

Histoire de la maladie. — Le matin de son arrivée, vers 4 h. 1/2 du matin, elle se lève, s'habille, descend dans la rue, disant : « J'attends mon père, parce qu'on l'a tué, je veux aller au poste faire la déclaration ». Elle est emmenée au commissariat. Là on dit au mari de se débrouiller. Il la conduit à la consultation de l'Asile Clinique. En attendant son tour, la malade est très turbulente. Elle marche de long en large dans l'antichambre, gesticulant, faisant peur aux autres consultants. Appelée dans le bureau du médecin consultant, elle continue sa marche. Invitée à s'asseoir, elle le fait, mais pour se relever bientôt et se mettre à gesticuler, tout en racontant son histoire. A ce moment, le visage est peu expressif, quoique triste, il traduit de temps en temps l'ennui, de la rancœur, lorsque son mari dit ce qui s'est passé.

Les paroles sont incohérentes. D'elle même, elle dit que son mari la trompe depuis longtemps, qu'il a voulu l'empoisonner et que depuis elle a le corps plein de poison et d'arsenic.

Aussitôt après, sans transition, elle ajoute qu'elle a divorcé ce matin et qu'elle a épousé M. X...

D. : Qui est M. X... ?

R. : C'est mon premier fiancé (sourire).

D. : Avez-vous des enfants ?

R. : J'en avais cinq, mais ils sont morts.

Le mari nie le fait et dit que les cinq enfants sont à la campagne, chez leurs parents et se portent bien.

La malade reprend aussitôt : Ce n'est pas vrai; ils sont morts. Je le sais. Deux sont noyés et deux autres ont brûlés dans l'incendie... Ma mère est morte. Mon père est blessé. Il est ici dans la maison. Je suis venue pour le voir. Mon mari est blessé et il est ici aussi. Mais son mari est devant elle bien portant. A la suite de cet état délirant, la malade est retombée inerte, somnolente.

Antécédents personnels. — Le premier accès délirant remonte à 1 an vers le mois de juin-juillet. Elle racontait des scènes imaginaires. Des gens avaient voulu entrer dans son jardin. Sa tête était entrée dans la maison, on était allé quérir les agents qui avaient cherché la tête. Elle voyait des poissons, des araignées. Elle était sujette à des zoopsies et à un onirisme terrifiant.

Elle voyait surtout la nuit des gens dans la maison, parlant avec eux elle voulait sauter par la fenêtre dans sa peur.

Durant 21 jours, elle fut soignée à Lariboisière, puis elle passa un mois de convalescence chez ses parents. A la fin elle se portait bien et avait repris 8 kilos. On avait parlé d'antécédants éthyliques.

A la fin de décembre elle a eu une grippe intestinale avec vomissements et diarrhée.

A la fin de janvier 1933, les troubles mentaux reparaissent. Le 28, nouvel accès délirant, elle voyait des animaux, des gens qui voulaient l'empoisonner.

Elle avait mis le feu à des coussins qu'elle avait jetés enflammés au vide-ordures.

Un médecin mandé donne un calmant et des cachets, et pour une métrite qu'elle avait, des injections chaudes et potion.

Au bout de 48 heures elle allait mieux.

Deux ou trois jours après, reprise des troubles; elle voit des animaux, des araignées. Elle parle avec des êtres imaginaires sur le mur.

Le docteur ordonne deux comprimés de gardénal dans la nuit. Puis elle va passer 8 jours chez ses parents au Blanc. Là elle refuse tout aliment, disant que c'était du poison. Elle s'enfuit par la fenêtre pour aller dans les bois.

Ramenée à Paris, elle est bien pendant 2-3 jours.

Le vendredi elle n'allait plus bien. Son mari pour la surveiller l'a emmenée avec lui dans ses tournées vendredi et samedi. Le samedi soir elle est allée au cinéma et en rentrant n'a pu dormir.

Le dimanche matin elle a dormi jusqu'à 11 h. L'après-midi elle a fait marcher le phono et a chanté. Dans la nuit onirisme, état de malaise, faisant ouvrir la fenêtre, puis la fermer, disant qu'elle avait trop chaud.

Elle boit du café, peu d'alcool fort. Elle prend du Byrrh, du Porto (qui auraient été conseillés par le médecin).

Ces derniers temps, buvait de plus en plus de la bière, jusqu'à 3 litres, même la nuit. Durant un moment buvait du vin blanc chez un voisin, mais comme elle rentrait surexcitée, le mari a fait rompre ces relations.

Il y a trois ans, à la suite d'une fausse couche elle a été atteinte de fièvre et 3 ou 4 mois après, a eu des crises épileptiques.

Les crises débutaient par une aura qui se manifestait ainsi : le nez se pince, la respiration devient très courte, quelquefois elle peut s'asseoir, d'autres fois elle tombe. Elle revient à elle une 1/2 h. ou 1 h. après dans un état d'inconscience et d'amnésie.

Pas de morsure de la langue, ni de réaction involontaire, pas de cris d'après ses dires.

Au début, elle avait des crises tous les 2-3 mois, surtout au moment des règles.

Puis les crises se sont espacées, elle est restée un an sans en avoir. La dernière est survenue il y a un mois.

Elle est sujette à des colères, pour un rien elle s'énerve, si elle a quelque chose dans la main, elle le casse, après elle est soulagée.

Durant un accès, elle a voulu se jeter par la fenêtre à la suite d'une scène avec son mari. Celui-ci voulait la faire manger. Elle l'a giflé et lui a reproché (une p... d'en face à la fenêtre). Giffles successives, puis giffles rendues, son mari la couche. Le lendemain, elle tente de se jeter par la fenêtre.

Elle se disputait souvent avec son mari à propos des enfants. Elle corrigeait ceux-ci un peu trop brutalement.

Pour son épilepsie, le médecin lui avait ordonné 3 comprimés par jour. Deux jours avant d'entrer dans le service, elle en avait pris un le matin, un le soir.

Antécédents personnels et héréditaires. — Père comitial. Il présentait des crises avec chute, cris, convulsions, écume, amnésie, autrefois fréquentes. Il exerce la profession de brocanteur.

Sa mère l'a abandonnée toute petite et est divorcée.

Elle a passé son enfance à St-Martin-l'Evêque (Seine-Inf.). Elle a été à l'école jusqu'à 14 ans.

Elle est restée avec sa belle-mère qui l'a élevée. Pas de frères, pas de sœurs.

A beaucoup maigri étant jeune fille.

Elle s'est mariée à 16 ans avec un mécanicien. Elle avait les règles douloureuses entraînant des troubles divers, elle se roulait par terre. Elle ne se portait bien qu'enceinte. Dans les autres périodes, elle mangeait mal et dépérissait.

Son mari et elle tinrent d'abord en province un commerce de vélos et de motos. Comme c'était trop dur pour la santé de son mari, ils sont venus à Paris, où le mari s'est placé dans une usine.

Enfants :

- 1 garçon bien portant actuellement âgé de 12 ans.
- 1 garçon mort à 3 ans 1/2 de diphtérie.
- 1 fausse couche de 2 mois 1/2, peut-être provoquée, « le médecin plaçant des baguettes ? ».
- 1 fille bien portante âgée actuellement de 9 ans.
- 1 fille bien portante de 7 ans.
- 1 fausse couche de 4 mois 1/2.
- 1 garçon bien portant de 5 ans.
- 1 fausse couche de 4 mois à la suite d'un accident d'auto.
- 1 garçon de 18 mois.

Examen. Présentation. — Elle répond aux questions d'une voix peu animée. Mimique pauvre, indifférence morne.

Activité psychique. — Lenteur et imperfection des processus psychiques Il faut bien expliquer les choses à plusieurs reprises pour qu'elle comprenne bien. Elle fait quelques réponses à côté qui pourrait relever surtout du mécanisme. Elle suit son idée, mais appréhende mal la question.

D. En quelle classe étiez-vous en 14 ? R. On était 52.

D. R. Filles et garçons.

D. R. 1 à chaque table.
1^{re} division

Mémoire et Orientation. — Elle donne sa date de naissance exacte, son âge, en disant d'abord 31 ans, puis précise qu'elle les a eus en avril. Elle peut dire le jour où nous sommes, le mois et le quantième, elle se rappelle qu'elle est entrée hier matin et que c'est son mari qui l'a conduite.

On lui demande : pourquoi ?

R. Je ne sais pas.

Pourquoi ? R. Sans doute pour me faire prendre une consultation ?

Pourquoi ? R. Il m'a fait lever à 5 h. 1/2 pour venir.

Vous souffriez ? R. : Non.

D. Etiez-vous bien ? R. Non, j'avais mal dormi. Depuis trois jours je ne dormais pas, j'étais énervée, j'avais été avec mon mari, vendredi et samedi, faire une tournée, car

il est mécanicien, et répare des machines à coudre. J'avais été au cinéma samedi soir.

D. Qu'est-ce qu'on jouait ? R. Je ne sais plus, j'ai presque dormi pendant toute la soirée. Je n'ai pas regardé.

Elle ne sait rien sur les malades qui l'entourent, elle n'a rien remarqué autour d'elle.

Examen physique. — Pupilles égales et réagissant à la lumière. Réflexes rotuliens vifs, achilléens normaux. Tremblement de la langue (pas de traces de morsure). Léger tremblement des doigts. Liquide céphalo-rachidien (présence d'un peu de sang). Albumine 0,35.

Cytologie 0,2 élément par m³. Benjoin 00000, 02210, 00000. Sang. Bordet-Wassermann : négatif. Meinicke : négatif.

Evolution : 16 février 1933. — La malade est calme, confuse et désorientée. Elle présente surtout un onirisme tranquille avec fabulation. Elle raconte que son père, sa mère, son fils et sa sœur ont été tués à coups de revolver depuis lundi. Les uns sont morts à l'hôpital, d'autres à l'hôpital Tenon, les autres à Lariboisière. Deux d'entre eux ont été blessés d'abord dans la cour de Ste-Anne.

A l'évocation de ces récits, elle a de petites réactions anxieuses. Elle a des contradictions, des variations, elle nie de rêver.

Elle a reçu sans étonnement son mari qu'elle disait mort. Elle a conversé avec lui de façon lucide et pertinente.

18 février 1933. — Interrogée au sujet de ses déclarations dramatiques, elle convient que son mari n'était pas mort puisqu'elle l'a revu jeudi, mais il a péri cette nuit, « et cette fois-ci » c'est vrai, elle le dit en riant.

Présentée au Professeur Claude, elle dit l'avoir vu mercredi, puis rectifie bien : jeudi. Elle dit que son mari n'était pas mort, mais ses enfants sont morts : 2 sont noyés dans les bassins au Havre, en jouant. On le lui a appris quand elle était chez elle. Un a été tué rue des Amandiers d'un coup de revolver par sa grand'mère dans un mouvement de colère. Les 2 autres sont morts aussi, un de tuberculose ; le petit a reçu une bassine d'eau bouillante.

Au total, cette malade est arrivée à l'Asile dans un état délirant, gesticulant, parlant toute seule. Elle avait eu auparavant de l'onirisme terrifiant et des zoopsies. De plus, elle boit mais son délire actuel est soit la conséquence de son éthylisme ou bien est-il dû à l'intoxication barbiturique ou à ses crises comitiales ? L'étiologie de ce cas est assez obscure et il est difficile de la trancher.

B. CAS SUBAIGUS.

1° Cas simulant la paralysie générale.

OBSERVATION XIV

(Personnelle).

Mme M..., 46 ans.

Placement d'office. Accès maniaque présentement thyphique. Agitation spontanée, logorrhée, émotions inconsistantes, réclamations et refus rapidement oubliés, enjouement prédominant, larmes fugaces, exaltation du moi avec fabulation. Va chanter ce soir à l'Opéra, le prouve en chantant, etc...

Congestion céphalique intense.

Pouls : 120, R O C : 128, léger thyroïdisme, pupilles réagissantes et inégales (O G). Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Fausse couche à 25 ans.

Scandale dans une gare.

Le 17 février 1933.

D^r CLERAMBAULT.

Certificat immédiat : Le 28 février 1933.

Excitation hypermaniaque. Engouement. Volubilité. Euphorie. Antécédents hépatiques. Métrosalpingite ancienne. Petits abus de boissons. Etat dépressif récent. Ménopause en cours.

Début brusque hier par discussion conjugale, suivie de fugue. Scandale à la gare St-Lazare. Actuellement plus calme.

A observer.

D^r Ey.

Mme M... est conduite à l'Asile pour agitation, volubilité, euphorie, s'étant produites sur la voie publique.

Antécédents familiaux. — Le père est mort vers 35 ans de la fièvre jaune. La mère a eu 12 enfants d'un premier mariage, 3 du second. Elle est morte à 75 ans, malade de la tête, mais non internée.

La plupart des enfants de sa mère sont morts. Il ne reste que deux sœurs vivantes et un demi-frère.

Antécédents personnels. — La malade est très nerveuse depuis des années. Elle a fait quelques excès de boissons. Elle a toujours soif, mais ne boit que de l'eau. Elle reproche à son mari de lui avoir donné l'habitude du vin. Elle prend quelques apéritifs « Byrrh ou Turin ». Elle prend également de la bière qui lui réussit très mal et qui lui avait été défendue, il y a quelque temps, à cause de son foie, que le médecin avait trouvé petit. Elle n'a jamais eu de jaunisse, mais elle supporte mal la boisson, un simple verre de vin lui monte à la tête.

Elle a des cauchemars la nuit, elle fait des chutes dans des précipices, voit la grosse bête qui court derrière elle, a du rêve zoopsique. Réveils en sursauts.

Elle a quelquefois des migraines, des états nauséux. Réglée à 14 ans 1/2 puis arrêt de 2 ans, ensuite règles assez irrégulières. Elle attend ses règles d'un jour à l'autre. Elle a fait une fausse couche spontanée de 2 mois.

Depuis 18 ans, elle a une métrite-salpingite et depuis un an, grosses pertes fétides. Elle souffre constamment du bas ventre.

Elle a toujours été gaie « en l'air », tantôt triste, inquiète pour une période de 2 à 3 jours. Au moment de ses règles elle est toujours énervée. Depuis quelque temps, au contraire, elle a des tendances dépressives avec ruminations pénibles concernant la profession. Elle pleurerait seule à l'insu de son

mari. Cependant celui-ci la trouvait en larmes le soir.

Pendant une dizaine d'années a eu des maux de tête très pénibles, tantôt derrière, tantôt devant, tantôt de côté, qui l'obligeaient à rester au lit sans prédominance nocturne. Ces maux de tête ont cessé il y a dix ans environ, à son mariage.

Mariée à 33 ans. Mari électricien. Pas d'enfants.

Histoire de la maladie. — A la suite d'une discussion pénible qu'elle eut avec son mari, car celui-ci la voyant énermée avait deviné qu'elle avait bu un verre de vin blanc, elle jette une chaise à la tête de son mari. Puis elle veut se coucher, mais finalement, elle partit en pleurant pour Paris pour ne pas entendre ses reproches.

Elle est arrivée à la gare St-Lazare à 1 h. puis de là, elle est allée faire des courses au Printemps. Elle n'y a rien acheté. Elle revient vers la gare St-Lazare vers 3 h. Elle entre dans un café des environs, prend un demi de bière. A partir de ce moment, elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé : « Je sais que je me suis disputée avec quatre bonshommes. Je sais que c'était dans un bureau. J'ai dû en traiter un de boche ». Sur ces entrefaites, elle a été arrêtée et conduite à la Préfecture. Elle n'a pas un souvenir net de cet incident, elle était en colère.

A l'examen. — La malade présente de l'enjouement, syntonie, amabilité, volubilité.

Fonds mental. L'attention est peu soutenue. Elle éprouve de la difficulté au processus de comparaison de calculs, de dates; elle sait la date de sa naissance, mais n'arrive pas à dire quel âge elle avait en 1902. La mémoire est assez bonne.

Le jugement un peu superficiel au cours de la conversation courante, aisance facile. Pas d'application à la critique.

Signes somatiques. Léger tremblement des doigts et de la langue.

Réflexes rotuliens et achilléens normaux. Pupilles paresseuses, légèrement inégales. Exophtalmie légère. Pouls instable : 104; 90 au cours d'un même examen en dehors de causes émotives.

Eréthisme vaso-moteur. Pas de douleurs à la pression des masses musculaires.

Pas de douleur réelle à la zone hépatique. Au moment des règles, surtout, douleurs dans la musculature des membres inférieurs.

Pas de dysarthrie à la conversation courante. Aux épreuves : embarras attribuable davantage à une précipitation volubile qu'à un trouble de l'articulation.

La ponction lombaire montre : tension : 24. Albumine : 0,25. Pandy : +. Cytologie : 1,6 élément par mm³. Bordet-Wassermann : positif. Benjoin colloïdal : 00111. 22210. 00000.

Dans le sang : Bordet-Wassermann : positif partiel; Meinicke : positif.

Au total, la malade a présenté un accès confuso-maniaque après avoir pris un « *demi* » de bière. D'après l'enquête, on a pu constater que cette malade avait une tolérance très faible, vis-à-vis des boissons. On ne peut cependant, chez elle, en dépit de l'onirisme assez fréquent chez elle, parler d'éthylisme chronique proprement dit. D'ailleurs, cet accès maniaque était symptomatique d'une paralysie générale incipiens révélée par la ponction lombaire. Ainsi, ici encore, la part de l'éthylisme est difficile à reconnaître au milieu du complexe symptomatique.

2° *Cas confusio-anxieux.*

OBSERVATION XV

(Communiquée par le D^r DUBLINEAU).

M..., 43 ans, employé de chemins de fer.

« D'après les renseignements transmis par le médecin local et recueillis auprès de Mme M... qui accompagnait son mari, cet agent aurait présenté depuis 6 mois environ un

état dépressif avec tendance progressive à l'aggravation. Les conditions d'apparition de cet état sont assez confus. Il semble, qu'il y ait eu à l'origine quelques contrariétés professionnelles, un sentiment d'insécurité et d'impuissance en présence de fonctions auxquelles, il n'était pas habitué. M. M... avait eu à remplacer provisoirement le chef de canton et ses rapports auraient donné lieu à des critiques qui auraient vivement affecté cet agent par ailleurs dévoué et scrupuleux.

Déjà cependant s'ajoutaient à ces faits quelques tendances interprétatives. M. M... se sent mal vu de son entourage professionnel.

Le 20 décembre sur un fait de dépression plus intense, depuis deux ou trois jours, apparaît subitement un état d'agitation avec anxiété, insomnies, cauchemars, interprétations multiples, impression qu'une voiture de la Cie allait l'emmener, troubles cénesthésiques, électrisation dans le corps, courant, etc...) et velléités incessantes de fugues « pour modifier les signaux de la voie ».

Hospitalisé du 26 au 27 décembre, le sujet serait revenu très rapidement à un état subnormal. Il demande à reprendre son travail.

Examen du sujet. — M. M... est actuellement encore fatigué par les troubles mentaux récents. Si le délire est parfaitement corrigé, il persiste du moins un certain relâchement des souvenirs, une orientation encore imprécise, bref un état de subconfusion qui doit faire considérer qu'il s'agit encore d'un malade.

L'examen somatique met en évidence, un cœur et un foie normaux. Les pupilles sont égales et réagissent (quoique un peu paresseuses). L'examen des réflexes les montre normaux aux membres supérieurs, par contre on constate une vivacité des réflexes rotuliens gauches avec abolition presque complète des réflexes achilléens du même côté. Les réflexes tendineux sont normaux du côté droit. Il n'y a pas de Romberg, pas de troubles de la sensibilité.

L'étiologie des troubles n'apparaît pas nettement. On ne

saurait parler d'éthylisme chronique chez ce sujet. Les renseignements concordent pour affirmer sa tempérance. Néanmoins, M. M... supporte mal la boisson. A 20 ans, de son propre aveu, il aurait présenté à la suite d'un excès passager un état confuso-anxieux et onirique analogue aux troubles récents.

Par ailleurs, son unique punition à la Compagnie a eu pour motif une ivresse qui paraît avoir été causée par un abus bien modéré.

Il s'agit, par ailleurs, d'un sujet à caractère renfermé et taciturne. On ne note chez lui aucun signe clinique de syphilis.

Au total, il faut admettre que M. M... fait un accès confusionnel et anxieux chez un sujet déprimé antérieurement. Il présente, actuellement, un léger reliquat de subconfusion avec abolition des réflexes achilliens gauches.

La part de l'éthylisme est minime. Tous les renseignements recueillis s'accordent à l'affirmer. Mais, c'est d'autre part un sujet qui supporte mal le vin, et, par conséquent, le problème est difficile chez lui.

3° Cas d'un alcoolisme récidivant d'exaltation maniaque.

OBSERVATION XVI

(COURBON et CAILLEUX).

Il s'agit d'une cyclothymique de 42 ans qui a été hospitalisée ou internée enfin pendant quelques mois comme alcoolique. La première fois à l'âge de 33 ans, la seconde à l'âge de 35 ans, la troisième à l'âge de 37 ans et la 4^{me} à l'âge de 42 ans.

Elle est femme de ménage depuis de nombreuses années dans les mêmes familles. Depuis 15 ans elle est la fidèle compagne d'un honnête mari employé depuis 35 ans dans

la même maison, et malgré l'horrible peinture qui est faite d'elle dans les certificats, certains de ses voisins ont conservé avec elle de bons rapports, déclarant qu'elle ne boit pas et ne devient dangereuse que lorsque la maladie la reprend.

Le 1^{er} accès fut traité pendant 15 jours à l'Hôpital Henri Rousselle en 1921.

Le 2^e accès nécessite l'internement le 9 avril 1924 avec un certificat très détaillé du D^r de Clerambault dont la perspicacité a fort bien su découvrir la nature maniaque du syndrome masqué par les manifestations alcooliques.

Alcoolisme chronique, ivresse hostile et agressive. Scandales, menaces aux voisins, menaces de mort, agitait une épée et un revolver. Troubles du caractère. Haines aiguës. Conflits continuels. Admet l'hospitalisation, ne nie pas les attitudes agressives. Prétend ne pas se souvenir, puis en convient, reconnaît être impulsive. Traitée en 1921 à la P. M. Tremblement, hyperalgie musculaire. Nécessité d'une sérieuse désintoxication. Changement de milieu très désirable. Incurie. Accueille en souriant la nouvelle de son internement. A observer au point de vue hypomanie.

Le 3 mai 1925, désintoxiquée et apaisée, elle était rendue à la liberté.

Le 3^e accès nécessite un nouvel internement, le 12 août 1925, avec un certificat du D^r Dupouy qui met au 1^{er} plan la nature essentiellement maniaque des troubles mentaux, « hypomanie récidivante ». Excitation psychomotrice, volubilité, fuite des idées, propos continus et sans suite. Vagues idées de persécution, insomnie, onirisme et agitation nocturne. Anxiété, cris, violences envers le personnel. Appoint éthylique. Déjà internée. Elle quittait l'asile guérie le 22 novembre 1925.

Le dernier accès nécessite l'internement le 6 juillet 1929, avec le certificat du D^r Heuyer qui constate surtout des récidives de nature alcoolique. « Alcoolisme chronique ». Excès répétés de boisson. Excitation psychique, loquacité. Prédominance des troubles du caractère. Terreur du quar-

tier. Port d'un revolver et d'un coup de poing américain. Injures et insultes. Menaces de mort. A voulu frapper des enfants dans la rue. Dénégation et mensonge.

Transitivisme, on lui en veut on la menace. Tremblement digital et lingual. Pouls 74 (2 internements antérieurs).

Arrive à l'Asile de Vaucluse le 8 août 1929, elle ne présentait plus que des signes physiques d'alcoolisme.

Tremblement de la langue et des doigts, mais physiquement une hyperthymie, une volubilité, la causticité de son ironie, sa parfaite lucidité, était purement maniaque.

Actuellement, elle est guérie. Honteuse de ses excès de boissons, elle essaie de les nier.

Au total cette malade présente deux affections, une psychose maniaque, dépressive, qui l'a conduite à l'internement et un éthylisme surajouté provoqué par sa 1^{re} affection.

4^o Cas chronique (*jalousie chronique*).

OBSERVATION XVII

(*Observation publiée par MM. CLAUDE et DUBLINEAU.*

(*Encéphale*, 1933).

M. B..., 39 ans, fleuriste.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 79 ans par ictus. Mère morte à 77.

Antécédents des collatéraux. — Huit frères et sœurs dont quatre morts en bas âge. Mésentente générale entre les cinq sœurs vivantes, toutes mariées.

Antécédents personnels. — Quitte l'école à 9 ans (s'instruira seule par la suite).

Travaille avec son père dans la fleur artificielle, puis dans la plume chez diverses modistes. A 20 ans se place comme mannequin. Depuis son mariage survenu à 24 ans, ne tra-

vaille que par intermittences. S'était remise dans la fleur où elle s'était créée une petite clientèle personnelle.

Première liaison à 18 ans. Fausse couche provoquée. Rupture pendant la guerre. Nouvel ami qui la rend enceinte et l'épouse. Un enfant. Durant une absence prolongée du mari en Orient, se croyant abandonnée elle intente une instance en divorce et se met en ménage avec un homme dont elle a un deuxième enfant. Retour du mari avec qui elle revient habiter. 3^e enfant. Rendu à la vie civile, le mari travaille comme sculpteur sur bois; mais il est violent, brutal, avec colères classiques, forçant la femme à partir plusieurs fois; son ressentiment est entretenu par la présence de l'enfant adultérin que pendant onze ans, il se refuse à reconnaître, et auquel il ne donnera son nom que tout récemment. Depuis trois ans cet homme est en chômage; la femme aide en grande partie le ménage à vivre et reproche au mari de la tromper et de boire d'une façon continue. Elle-même reconnaît des habitudes éthyliques qu'elle n'aurait contracté que « par ennui de sa situation conjugale malheureuse », quelques mois avant le début des premiers troubles mentaux.

Histoire de la maladie. — Elle est internée une première fois par nous le 24 août 1929 : délire éthylique subaigu. Idées de persécution, de jalousie, et d'influence avec interprétations et hallucinations mal systématisées. Son mari la fait suivre par deux sergents de ville. Il embrasse les infirmières derrière la porte. Un « supérieur » lui retire de l'électricité de la tête, lui donne des ordres. Hallucinations auditives et cénesthésiques associées. La télégraphie lui apprend ce que fait son mari, lui transmet les paroles injurieuses de sa concierge. Elle entend dire que l'infirmière met du poison dans ses potions. Orientation imprécise. Croit avoir vu son mari dans la matinée. Euphorie. Insomnie. Cauchemars. Zoopsies (canard). Ethylisme habituel. Réflexes rotuliens vifs, achilléens normaux. Douleur à la pression des cuisses. Mydriase. Réactions pupillaires normales. (D^r Du-blineau).

Le délire avait débuté brusquement 6 jours avant l'inter-

nement. Il avait de même très rapidement cessé au bout de 15 jours, la malade rentrait dans sa famille avec un état mental satisfaisant.

On la revoit trois ans plus tard à l'hôpital Henri Rousselle, où elle fait, à partir du 15 août 1933, une série de courts séjours pour de petites crises avec bouffées délirantes, onirisme visuel et auditif, interprétations polarisées contre le mari, excentricités, fugues anxieuses hors du domicile, le tout paraissant avoir coïncidé avec une reprise des habitudes éthyliques (alcool) abandonnées réellement durant trois ans. Finalement, le 1^{er} octobre 1932, Mme B... est internée pour la 2^e fois P. H. C. Elle est « en proie à l'électricité. Elle dégage de l'électricité. Des gens s'en emparent et s'en servent contre elle. On prend sa pensée. On lui fait de l'auto-suggestion. Elle a un cerveau immense, peut-être deux âmes. Elle voit des choses que les autres ne voient pas. Elle entend la voix de ses enfants. Son mari est d'accord avec ses persécuteurs. Est allée récemment au milieu de la nuit au commissariat pour le dénoncer. Antécédents d'éthylisme chronique. Déjà internée en 1929 (Mlle Badonnel).

Examinée les jours suivants, Mme B... a présenté une attitude assez aisée, quoique réticente. Elle prétend, à l'occasion de sensations céphaliques être capable de faire de « l'invisibilité ». Elle s'explique difficilement sur ce qu'elle entend par là.

A 18 ans, elle se fit une brûlure accidentelle du cuir chevelu, qui laissa une aire de calvitie de la dimension d'une petite pomme dans la région fronto-pariétale gauche. C'est un an plus tard, dit-elle, qu'elle commença à ressentir au niveau de cette région des brûlures avec sensations électriques qui persistèrent ultérieurement. Dans la masse des éléments anormaux que l'on peut mettre en évidence chez elle, nous distinguons les faits suivants :

I. Eléments reconnus comme personnels.

1^o A partir de ce moment, elle eut des « pressentiments » qui lui firent prévoir certains faits, comme par exemple, le moment et la façon dont son mari serait blessé pen-

dant la guerre. Ces pressentiments se manifestèrent encore par moments. « Il y a deux mois nous dit-elle, j'ai prédit la guerre pour le mois de novembre ». Invitée à s'expliquer : « C'est inexplicable, c'est par l'intuition, quelque chose qui se met en moi, que je ne peux pas vous définir. Je peux dire : tel jour, tel moment, il m'arrivera cela... c'est dans moi... une intuition de soi... »

2° Elle devine la pensée de certaines personnes, celle en particulier de son mari, celle de sa mère quand celle-ci vivait. Elle insiste sur l'élément personnel qui la force à « travailler du cerveau ». C'est une pensée dit-elle, car il faut travailler pour cela, malheureusement, continue-t-elle, on enferme ceux qui arrivent à penser dans la pensée des gens ». D'une façon générale, elle considère ce devinement comme un don personnel : « C'est intuitif chez moi ; tout d'un coup, ça me vient ».

3° Invitée à préciser ce travail du cerveau, elle se plaint de la nature généralement obsédante de son état. « Je travaille de la tête, il n'y a rien à faire... C'est malgré moi que ça travaille. Mais si ce n'étaient pas des pensées à moi, je ne vous le dirais pas. Je cherche trop, je fouille de trop pour tâcher de savoir un peu plus loin... En ce moment, je suis sur une piste. Je travaille toute seule. J'arrive à lutter contre leur production ».

4° Ce « travail cérébral » ne s'accomplit d'ailleurs pas sans un certain élément de jeu qui s'oppose aux allégations d'incoercibilité : « Je prends plaisir à travailler à cela, surtout ici, on n'a que ça à faire. ». D'ailleurs, elle a la possibilité de faire travailler « quand elle veut » son cerveau. Je travaille toute seule dans le cerveau un genre d'intuition. « Quand je ne veux pas, mon cerveau ne travaille pas ».

5° Ces faits paraissent, au moins partiellement, entretenus par des rêveries. C'est ainsi qu'elle nous demandera si le D^r C qui l'examina jadis à l'hôpital Henri Rousselle est mort : « Je l'ai rêvé en effet, et je me suis fait enfermer pour vérifier si c'était vrai »... Puis, aussitôt : Oh ! mais, ce n'était pas un rêve. Je dis que je rêve pour l'expliquer,

mais c'est que je pense tout éveillée. J'ai entendu le D^r C. appeler au secours... Je ne l'ai pas revu. Si j'avais voulu, j'aurais pu ne pas être ici.

6° C'est à l'occasion de l'ensemble des faits précédents que s'est développé chez elle le sentiment d'un don, avec tendances altruistes. En faisant travailler le cerveau, on peut traiter de n'importe quoi : c'est dommage que je n'aie pas fait ma médecine... Il y a du beau travail à faire. Maintenant il faut que je fasse la définition des choses... approfondir... ce que je mets en train... dont je vous causerai beaucoup plus tard.

Elle fait allusion ici à un don mystérieux qu'elle aurait découvert de façon subite : « procédé destiné à guérir les fous et toutes les maladies par l'invisibilité. » Il y a là, dit-elle, matière à un livre qu'elle se propose de rédiger à sa sortie, ou de confier à son beau-frère, médecin, pour qu'il le présente à l'Académie : « J'ai trouvé toute seule, jé vous jure... Vous n'avez pas idées de ce que j'ai dans ce cerveau-là... Si vraiment l'Académie veut accepter ça il n'y aura plus beaucoup de fous à Ste-Anne. Je n'ai pas voulu vous dire... Secret professionnel... J'étais sûre de moi... même sans faire d'expériences sur les personnes. Je vous assure que je ne l'aurais jamais dit, si je n'en avais pas été sûre ».

II. *Eléments reconnus comme exogènes. Syndrôme d'influence.*

En même temps que son cerveau travaille, Mme B... se plaint que son cerveau « est travaillé et abimé ». Elle peut entendre des personnes très éloignées par la transmission de la pensée. Elle subit des ordres à distance. Communications avec les autres malades de la salle.

Elle est moins explicite en ce qui concerne les faits psycho-sensoriels de nature nettement hallucinatoires mentionnés dans les certificats. Elle dit ne se souvenir de la plupart d'entre eux. Par contre elle critique elle-même certains faits et reconnaît avoir eu dans le service, au début de son entrée, des « hallucinations ».

III. *Troubles cénesthésiques.*

Impression qu'on lui brûle le cerveau... Je ne peux pas vous définir, c'est formidable... On dirait de l'électricité... il y a de l'électricité dans l'air. Ça tombe sur certains cerveaux.

IV. *Etat affectif.*

Polarisation sur le mari. Haine froide, demande à sortir, mais pour demander le divorce aussitôt. Prétend que son mari tourne, contre elle, la tête de ses enfants. Lui reproche de se désintéresser de leur éducation.

Bon état somatique. Pas de signes neurologiques décelables. Epreuves biologiques négatives.

V. *Evolution.*

Suivie plusieurs mois dans le service, Mme B... garde la même présentation, douceur du ton, complaisance des réponses, non dépourvues d'une certaine monotonie avec réduction du ton émotionnel.

On voit que chez cette personne, s'est développée une psychose hallucinatoire dans laquelle l'interrogation met en évidence une pathogénie mixte; d'une part, on trouve un traumatisme encéphalique ancien, survenu à 18 ans; d'autre part, un alcoolisme ayant donné un épisode confusionnel et ayant déterminé un premier internement. La femme a cessé de boire, mais les troubles ont persisté, et il semble qu'il ait suffi de quelques très légers excès pour que les manifestations anciennes se reproduisirent, qui furent à l'origine de son nouvel internement.

La part de l'alcool est ici indéniable; mais, il est évident que l'alcool n'est pas tout dans cette observation. Celle-ci réalise un exemple choisi entre beaucoup d'autres, de l'influence des associations étiologiques dans la pathogénie des troubles mentaux.

CONCLUSION.

Dans tous les derniers cas, il est difficile de faire la part de l'alcool et de l'affection associée. Ce n'est que par l'enquête et l'interrogation qu'on peut voir à quelle affection se rapporte tel symptôme. Mais le diagnostic différentiel est malaisé.

V. DISCUSSION

De ce qui précède, on voit que tous les signes peuvent être critiqués.

A) SIGNES PSYCHIQUES. — L'examen mental peut-il permettre de retrouver des signes qui se rapportent exclusivement à l'alcoolisme ?

I) ONIRISME. — Ce symptôme est considéré comme un des maîtres symptômes de l'alcoolisme. Il revêt une forme pénible à hallucinations zoopsiques et terrifiantes. Il a été retrouvé dans nos observations chez plusieurs malades ou l'éthylisme n'existait pas ou était douteux.

Observation I. — Le malade a des hallucinations effrayantes, dont l'étiologie est assez obscure et semble se rattacher à un délire hépatique.

Observation II. — Ici, l'onirisme est, aussi, terrifiant : coups de revolver, cris, hallucinations, exclamations incohérentes. Mais ces symptômes ont été précédé d'une agitation maniaque, décelée par l'enquête.

Cet onirisme est un des symptômes de la confusion mentale, provoquée par l'acétonémie, dont est atteinte la malade.

Observation III. — Le malade est sujet à des hallucinations terrifiantes, et l'enquête a démenti qu'il s'agissait d'un delirium tremens chloralique.

Observation IV. — L'intoxication par le Kalmidor,

dans lequel entre le chloral, provoque délire, pareil au précédent, dans lequel l'onirisme est un des symptômes.

Observation V. — Ici, l'onirisme est caractérisé par des hallucinations visuelles et lilliputiennes. La malade a un délire provoqué par la radiothérapie de la région frontale.

Observation VI. — Ici, c'est un confus post-traumatique, qui présente de la turbulence nocturne.

Observation VII. — La malade est atteinte d'un onirisme délirant et hallucinatoire, nocturne ou suivant immédiatement le réveil. Cet onirisme caractérise le début d'une paralysie générale.

Observation X. — Ici, l'onirisme terrifiant du malade, est un des symptômes d'un cas complexe dont on a pu certifier ni exclure l'alcoolisme.

Observation XIII. — Dans ce cas, l'onirisme revêt une forme terrifiante et zoopsique (araignées); mais ce délire est-il d'origine éthylique ou barbiturique ou comitiale. L'enquête n'a pu le préciser.

Observation XVII. — L'onirisme comprend ici : hallucinations auditives et visuelles, et zoopsies. La pathogénie de ce délire est mixte : traumatisme crânien ancien et alcoolisme.

II) *Anxiété.* — Le caractère est très pénible et conduit à des fugues, entretenues par des illusions visuelles.

Observation XV. — Le malade a peur qu'on le tue. Il voit autour de lui des gens qui lui en veulent. Ces signes de l'anxiété se trouvent chez un confus.

Observation XV. — Le malade est un scrupuleux, il a peur de ne pas être assez consciencieux dans son travail. C'est un confus d'étiologie obscure.

III) *Réactions anxieuses.* — La peur conduit, en général, le malade à des réactions, tel que : défénestration, suicide, etc.

Observation XII. — Le malade, croyant qu'on veut le tuer, l'empoisonner, saute brusquement par sa fenêtre et court dans la rue. Cette réaction anxieuse appartient à la symptomatologie d'un délirant, sans intoxication alcoolique.

Observation XIII. — Au cours d'une crise paroxystique, la malade tente de se jeter par la fenêtre. Le cas de cette malade est assez complexe : alcool, gardénal ou épilepsie.

IV) *Délire de jalousie.* — Considéré par certains auteurs allemands, comme exclusivement alcoolique, nous l'avons retrouvé dans d'autres cas où l'éthylisme n'est pas en jeu.

Observation XI. — C'est un cas typique de délire de jalousie, poussant le malade jusqu'au crime, mais chez un paranoïaque.

Observation XII. — Le malade accuse sa femme de le tromper; le délire de jalousie domine le tableau clinique; on ne note aucun éthylisme.

Observation XVII. — La malade présente des idées de jalousie, accusant son mari, au cours de sa confusion. Celle-ci est d'une étiologie mixte : association de l'éthylisme et d'un traumatisme ancien.

On voit dans l'ensemble que ces symptômes, qu'on rencontre dans l'alcoolisme ne sont pas exclusivement attachés à cette intoxication et qu'ils se rencontrent dans beaucoup d'autres affections.

B) EXAMEN PHYSIQUE. — Trouve-t-on, ici, les signes pouvant se rapporter exclusivement à l'alcoolisme ?

1) *Les pupilles*. Il est difficile de se prononcer. Chez l'alcoolique, elles sont souvent assez peu mobiles; mais, on ne retrouve pas ce signe chez tous les alcooliques. En outre, cette intoxication peut être associée avec d'autres affections, comme la paralysie générale. Dans ce cas, la constatation d'un Argyll fait faire le diagnostic de la dernière affection. Mais il faut compter avec la paralysie générale à Argyll fruste (voir cas N° XIV).

2) *Les réflexes* qu'ils soient abolis ou vifs, nous auraient par ailleurs donner des directives par eux-mêmes, puisqu'en l'absence de la notion d'éthylisme, une polynévrite peut relever de causes diverses, avec des symptômes entièrement comparables entre eux.

3) *Le tremblement*. Signe très important mais difficile à apprécier également (émotivité, paralysie générale, sénilité, etc.). Donc, là encore, quels que soient les caractères spéciaux assignés au tremblement alcoolique, n'y pas trop compter pour faire le diagnostic.

En conclusion, l'examen physique n'est pas assez suffisant, pour qu'on puisse compter sur lui pour établir le diagnostic d'éthylisme.

C) SIGNES BIOLOGIQUES. — Peut-on trouver dans l'examen biologique, des signes pouvant se rapporter exclusivement à l'alcoolisme ?

Nous avons vu à l'Histoire que ses recherches avaient été faites : Targowla, — Toulouse, Courtois et Mlle Russel, — MM. Claude, Dublineau, Masquin et Mlle Bonnard.

TOULOUSE, COURTOIS et Mlle RUSSEL ont recherché les modifications du sang au cours du delirium.

L'alcoolisme étant lié à un trouble des fonctions hépatiques et rénales, ils ont recherché dans le sang les corps suivants : urée, sucre libre, cholestérine, chlore, p H et réserve alcaline. Le taux des premiers corps est normal, un peu augmenté au début des accidents mentaux. Ensuite, réaction, portant surtout sur l'urée, parallèle à l'évolution de l'accès mental, mais plus durable. Les pigments biliaires sont notablement augmentés dans le sang, dès le début. Dans les cas mortels, l'azotémie s'élève, mais n'atteint pas des taux très élevés (maximum : 2 gr. 80), elle oscille plus souvent autour de 1 gr. 50.

Au total, pas de résultats spéciaux à l'éthylisme.

COURTOIS et PICHARD ont fait des études sur le liquide céphalo-rachidien de cent alcooliques.

Ils ont montré que le taux de l'albumine atteignant 0,40 dans 2,8 % des cas.

La lymphocytose est toujours nulle ou très faible. Les réactions des globulines sont constamment faibles.

Le benjoin précipité dans la zone dite méningitique dans 25 % des cas surtout chez les alcooliques anciens.

Dans les formes accompagnées d'épilepsie et de polynévrite, cette précipitation est plus fréquente (la moitié environ).

D'une manière générale, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont rares et peu importantes.

H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, R. MASQUIN et Mlle BONNARD ont fait des recherches sur les polypetides

du sang et du liquide céphalo rachidien chez 12 alcooliques internés pour troubles psychiques divers.

Ils ont recherché si à côté des éléments liquidiens classiques (lymphocytose, réactions colloïdales et surtout albuminose), on ne pourrait pas rechercher d'autres corps, susceptibles d'expliquer l'adultération psychique. L'existence des polypeptides en excès dans le liquide céphalo-rachidien, dans certains cas, ayant été montrée par N. Fiessinger et ses élèves, ils les ont recherchés dans ces cas.

Ces corps peuvent être mis en évidence par la méthode de Cristol et Puech (méthode dite des deux azotes) : on mesure l'azote polypeptidique par différence entre l'azote du filtrat trichloracétique et l'azote du filtrat phosphotungstique. Les chiffres oscillent entre 40 et 90 milligrammes chez le sujet normal. Par contre, le taux de la peptorachie ne dépasserait pas 0 à quelques milligrammes. Il existerait ainsi une véritable « barrière méningée aux polypeptides ». Leurs dosages ont montré que la limite supérieure normale ne dépasserait guère le taux de 55 milligrammes. Par contre, la limite supérieure habituelle oscille autour de 25 à 30 milligr.

Pour le taux de la polypeptitorachie, le taux est pratiquement nul, puisqu'il oscille entre zéro et 2 ou 3 milligr. Ils considèrent comme nettement exagérés les taux de polypeptitorachie égaux ou supérieurs à 8 milligr.

La détermination de l'azote total et de l'azote polypeptidique dans le sang et le liquide permet le calcul d'un certain nombre de rapports.

1° Rapport de l'azote polypeptidique à l'azote total : indice de désamination ou d'insuffisance de clivage : I C.

chez l'homme normal : I.C. oscille d'après Fiessinger, Olivier et Herbain de 0,10 à 0,18 dans le sang, de 0,05 à 0,10 dans le liquide céphalo-rachidien.

2° Rapport des polypeptides rachidiens P. R. aux polypeptides sanguins. P. S. Normalement $\frac{P R}{P S}$ est voisin du zéro.

Ils ont effectué leurs recherches :

1° sur un cas de délire chronique sur un fond d'éthylisme ancien.

Chez cet alcoolique, le taux des polypeptides est normal dans le sang et liquide céphalo-rachidien.

2° sur 8 cas d'alcoolisme aigu ou subaigu.

Dans 7 cas sur 8, il existe à un stade variable de l'évolution une élévation plus ou moins importante dans le sang de l'indice de désamination.

Dans les états confusionnels internes avec peptorachie abondante et indice de désamination élevé; ces deux éléments diminuent parallèlement à l'amélioration clinique, sans toutefois revenir d'une façon constante à des chiffres normaux.

3° Sur 3 cas d'alcoolisme avec confusion minime ou en voie de rétrocession.

Dans les états confusionnels peu marqués, la peptorachie est faible ou nulle, les chiffres oscillent entre 1 et 20 milligr. dans la quinzaine qui suit l'accès confusionnel.

De ces recherches, les auteurs ont montré que la peptorachie est indépendante de la polypeptidémie et qu'on ne pourrait attribuer une valeur particulière au rapport

P R

— au point de vue du pronostic de l'évolution ultérieure.

P S

L'étude comparée du taux des polypeptides rachidiens et des autres résultats biologiques ont amené ces conclusions.

1° La peptorachie et l'albuminose rachidienne évoluent en général selon des courbes indépendantes l'une de l'autre.

2° Le taux de l'azotémie sauf peut-être au cas de peptorachie intense, est indépendant du taux de la peptorachie.

3° Il ne peut pas y avoir de parallélisme entre les résultats de la peptorachie ou de la polypeptidémie et les troubles de l'élimination du sucre.

Les auteurs notent une élévation de l'indice de désamination dans le sang dans la majorité des cas étudiés, ce qui ne fait que traduire, selon eux, les troubles du fonctionnement hépatique, si fréquents dans les états confusionnels de l'éthylisme. Ils se demandent si ces troubles d'origine hépatique, peuvent suffire à expliquer l'existence chez les alcooliques aigus de la polypeptidorachie. « Néanmoins » disent-ils, « le fait qu'il peut exister des peptorachies sans peptidémie, semble confirmer la notion de l'origine locale dans les psychoses alcooliques aiguës ou subaiguës d'une partie au moins des polypeptides en cause ».

Ils concluent :

P R

« Le rapport $\frac{\text{P R}}{\text{P S}}$, s'il ne permet pas de suivre l'évo-

P S

lution de la maladie, du fait de ses courbes parfois

« inverses par rapport à cette dernière, est intéressant en
« ce qu'il révèle le caractère assez souvent isolé de la
« peptorachie à l'exclusion de toute polypeptidémie.
« Cette indépendance trouve sa confirmation dans le
« fait que la peptorachie se manifeste dans certains cas
« à l'exclusion des signes d'insuffisance hépatique nets.
« En particulier l'épreuve de la glycosurie alimentaire
« est quelquefois normale. »

Enfin, pour ce qui est du diagnostic biologique de l'alcoolisme aigu ou subaigu, la variabilité des résultats tel qu'il en résulte des recherches des auteurs ne permet qu'imparfaitement de différencier la psychose alcoolique des autres psychoses. En effet, des recherches encore récentes de ces auteurs, sur le même sujet, semble résulter cette notion que toute excitation peut donner une augmentation du taux des polypeptides sanguins et surtout rachidiens.

VI. CONCLUSIONS

I. Le diagnostic des délires éthyliques quand il n'est pas étayé par les aveux du malade et de son entourage, est un diagnostic difficile pour lequel on ne saurait appa-saurait d'après les seuls symptômes, porter à coup sûr un diagnostic d'éthylisme. Des signes cliniques tirés des caractères spéciaux de l'onirisme, de l'anxiété et de ses réactions, des thèmes délirants, etc... ne sauraient être re-tenus.

Les observations que nous apportons en font foi, tant pour les états aigus, que pour les états subaigus ou chronique. Les signes physiques (tremblements, troubles hé-pato-digestifs), outre qu'ils sont souvent dissimulés chez l'éthylique le plus typique, peuvent se manifester dans certains états non éthyliques.

II. Le diagnostic nous a paru à l'heure actuelle, porté avec une fréquence que ne justifie pas toujours l'enquête sur la tempérance du sujet. S'il est incontestable qu'on ne saurait trop mettre en doute les affirmations des malades et de leur entourage, en revanche, il convient d'en tenir compte dans une certaine mesure pour l'appréciation des faits.

III. Il faut être d'autant plus circonspect, qu'on ne porter trop de prudence.

IV. Dans la sphère biologique, des recherches modernes nombreuses n'ont pu mettre en évidence des signes caractéristiques du délire alcoolique. Même les recherches de polypeptides du liquide céphalo-rachidien, si elles montrent l'existence d'un trouble parallèle à l'évolution clinique, n'apportent que peu de renseignements dans les états frustres ou le taux de la peptorachie est normal. Dans les états aigus, celle-ci peut se rencontrer ailleurs que dans l'éthylisme.

V. Ces difficultés expliquent la difficulté de définir les limites, non seulement du délire alcoolique, mais de l'alcoolisme lui-même. La tolérance du sujet, sa susceptibilité paraissent (sous réserve de recherches ultérieures sur la perméabilité méningée à l'alcool) être fonction soit d'une déficience viscérale (en particulier hépatique) soit d'une mésopragie cérébrale.

L'intoxication alcoolique ne pourrait souvent être invoquée qu'à titre *d'appoint*. Le sujet est souvent un dégénéré ou un déficient viscéral avant d'être un alcoolique. Comme on l'a dit depuis longtemps déjà : ne devient pas alcoolique qui veut. Il est nécessaire même dans les cas d'éthylisme les plus légitimes, de faire état dans les certificats qui le précisent du terrain sous-jacent.

Vu, le doyen,
BALHAZARD.

Vu, le Président de Thèse,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- P. ABÉLY ET P. CORRETTE. — Auto-intoxication d'origine hépatique. — Confusion mentale ou démence. (*Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 1924).
- A. ANTHEAUME. — De la toxicité des alcools. — Prophylaxie de l'alcoolisme. (*Thèse de Paris*, 1887).
- A. ANTHEAUME ET L. PAROT. — Le Delirium tremens alcoolique et son traitement. — Delirium tremens et syndrome paralytique fugace. (*L'Encéphale*, 1906).
- GILBERT BALLET. — *Traité de Médecine mentale*.
- BURGER PRINZ. — Uber das Delirium Tremens. *Zeits. f. Neur. u. Psych.*, 1930; 151; 7-17.
- CHASLIN. — *Eléments de sémiologie et clinique mentales*.
- H. CLAUDE, P. MASQUIN, J. DUBLINEAU et Mlle BONNARD. — Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques. (*La Presse Médicale*, décembre 1932).
- PAUL COURBON ET BERNARD CAILLEUX. — Alcoolisme récidivant l'exaltation maniaque. (*Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 1924).
- COURTOIS ET PICHARD. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme subaigu. 100 examens. (*Annales médico-psychologiques*, 1929).
- DAMAYE. — *Eléments de neuro-psychiâtrie*.
- DAMAYE. — *Questions modernes de neuro-psychiâtrie*.
- DAUSSY. — Les délires chroniques d'origine alcoolique. (*Thèse de Paris*, 1924).
- J. DUBLINEAU. — Alcool et troubles mentaux. (*Sem. des Hôp. Paris*, 1933 (sous presse)).
- J. DUBLINEAU. — Les bouffées délirantes. (*Sem. des Hôp. de Paris*, janv. 1932).

- DUPOUY ET DUBLINEAU. — Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. (*Ann. Méd. psychol.*, mai 1930).
- ESQUIROL. — Des maladies mentales, 1838.
- GOICHER (B. F.), KRASNOWSKAJACH (E. O.) et TSCHERNYSCHEN.
— Somatische und biochemische Veränderungen bei chronischen Alkoholikern. *Zeit. f. d. g. neur. u. Psy.*, 1931; 137; 745-774.
- KLIPPEL. — La paralysie générale progressive.
- LÉVY-VALENSI. — Les Délires. — Conférences de clinique psychiatrique élémentaire.
- LÉVY-VALENSI. — Précis de Psychiâtrie.
- LEWIN. — Les Paradis artificiels. *Paris*. Traduction française. Payot, 1 vol.
- LIVET LOUIS. — Forme onirique de la paralysie générale. Hallucinations visuelles et délire de rêve dans la paralysie générale. (*Encéphale*, 1920).
- MAGNAN. — De l'alcoolisme.
- MASQUIN (P.). — Les syndrômes confusionnels dans les grands traumatismes craniens. (*Thèse de Paris*, 1932).
- MEERLOO (A. M.). — Über pathologische Suebt und Gehirnentgiftung. Beiträge zur Klinik der Hirnstam infunktion. *Zeits. f. d. g. Neur. p. Psych.*, 1931; 137; 160.
- MIGNOT. — Les antécédents des alcooliques. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1933).
- W. MOURATOFF. — L'alcoolisme et la psychonévrose. (*Encéphale*, 1912, tome II).
- M. G. NAUDASCHER. — Confusion mentale onirique, avec hallucinations lilliputiennes chez une femme de 77 ans, traitée par les Rayons X pour un concroïde de la région frontale. (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, 1924).
- NEUBERGER. — Comment diagnostiquer, comment traiter les maladies mentales.
- VICTOR PARANT. — Les délires de jalousie. (*Thèse de Paris*, 1901).
- RÉGIS. — Précis de psychiâtrie.
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiâtrie.

- R. TARGOWLA. — Insuffisance hépatique et confusion mentale. (*Annales médico-psychologiques*, 1925).
- V. TRUELLE ET B. CASALIS. — Contribution à l'étude des délires chez des paralytiques généraux après impadulation. (*Annales médico-psychologiques*, 1932, tome I).
- E. TOULOUSE, A. COURTOIS ET Mlle RUSSEL. — Modifications chimiques du sang au cours du delirium tremens alcoolique. (*Annales médico-psychologiques*, 1931, tome I).
- E. TOULOUSE, L. MARCHAND ET A. COURTOIS. — L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques, delirium tremens. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1933).
- C. I. URECHIA, de Cleij (Roumanie). — Bouffée délirantes au début de la paralysie générale. (*Encéphale*, 1930, tome II).
- VÉTAULT. — Etude médico-légale sur l'alcoolisme. (*Thèse de Paris*, 1887).

